

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1906

THÈSE

N° 229

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 5 Avril 1906, à 1 heure*

PAR

**Pierre VOGUET**

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Aide d'Anatomie. — Lauréat de l'École de Médecine de Reims

---

DE LA

« Section latérale du Pubis »  
dite « Opération de Gigli »

---

*Président :* M. BUDIN, professeur

*Juges* { MM. CORNIL, professeur  
BEZANÇON, agrégé  
DEMELIN, agrégé

---

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

---

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |   |               |
|--------------------------------------------------------------------|---|---------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 |   | M. DEBOVE.    |
| <b>Professeurs</b> .....                                           |   | MM.           |
| Anatomie.....                                                      |   | P. POIRIER    |
| Physiologie.....                                                   |   | CH. RICHET.   |
| Physique médicale.....                                             |   | GARIEL.       |
| Chimie organique et Chimie minérale.....                           |   | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |   | BLANCHARD     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |   | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale.....                                           | } | HUTINEL.      |
|                                                                    |   | BRISAUD.      |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |   | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique.....                                         |   | CORNIL.       |
| Histologie.....                                                    |   | MATHIASDUVAL  |
| Opérations et appareils.....                                       |   | SEGOND.       |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             |   | POUCHET.      |
| Thérapeutique.....                                                 |   | GILBERT.      |
| Hygiène.....                                                       |   | CHANTEMESSE   |
| Médecine légale.....                                               |   | BROUARDEL     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |   | DEJERINE.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |   | ROGER.        |
| Clinique médicale.....                                             | } | HAYEM         |
|                                                                    |   | DIEULAFOY.    |
|                                                                    |   | DEBOVE        |
|                                                                    |   | LANDOUZY.     |
|                                                                    |   | GRANCHIER.    |
| Maladies des enfants.....                                          |   | JOFFROY.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |   | GAUCHER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               |   | RAYMOND       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |   | LE DENTU.     |
| Clinique chirurgicale.....                                         | } | TERRIER.      |
|                                                                    |   | BERGER.       |
|                                                                    |   | RECLUS.       |
| Clinique ophtalmologique.....                                      |   | DE LAPERRONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |   | GUYON.        |
| Clinique d'accouchements.....                                      | } | BUDIN.        |
|                                                                    |   | PINARD.       |
| Clinique gynécologique.....                                        |   | POZZI         |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               |   | KIRMISSON.    |
| Clinique thérapeutique.....                                        |   | A. ROBIN.     |

## Agréés en exercice.

|               |           |           |                   |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| <b>MM.</b>    |           |           |                   |
| AUVRAY        | DESGREZ   | LAUNOIS   | POTOCKI           |
| BALTHAZARD    | DUPRE     | LEGRY     | PROUST            |
| BRANCA        | DUVAL     | LEGUEU    | RENON             |
| BEZANCON      | FAURE     | LEPAGE    | RICHAUD           |
| BRINDEAU      | GOSSET    | MACAIGNE  | RIEFEL (chef      |
| BROCA (ANDRÉ) | GOUGET    | MAILLARD  | des travaux anat. |
| CARNOT        | GUIART    | MARION    | TEISSIER          |
| CLAUDE        | JEANSELME | MAUCLAIRE | THIROLOIX         |
| CUNEO         | LABBE     | MERY      | VAQUEZ            |
| DEMELIN       | LANGLOIS  | MORESTIN  | WALLICH           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE  
LE DOCTEUR S. VOGUET

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur.

DE LA

« Section latérale du Pubis »  
dite « Opération de Gigli »

---

INTRODUCTION

En 1903, lorsque nous étions encore étudiant à l'Ecole de médecine de Reims, nous avons eu l'occasion de voir deux opérations de « section latérale du pubis », dite « opération de Gigli », pratiquées par M. le D<sup>r</sup> De Bovis, professeur de clinique obstétricale à l'Hôtel-Dieu de Reims ; nous avons été frappé des résultats remarquables obtenus par cette opération : c'est pourquoi nous avons songé à en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons alors prié notre maître, M. De Bovis, de bien vouloir nous communiquer ses observations ; il s'est empressé d'accéder à notre désir : ce sont elles qui, avec son article paru en 1904 dans la *Semaine médicale*, forment la base de notre travail : nous remercions notre maître des sages conseils qu'il

nous a donnés et nous n'oublierons jamais qu'il a été notre premier guide dans l'art des accouchements.

Nous sommes heureux, à la fin de nos études, de venir rendre hommage aux professeurs de Reims qui nous ont aidé à franchir les premiers pas, si arides, de la médecine. Nous adressons tout particulièrement nos remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance à M. le Dr Harman qui toujours a été pour nous un maître plein de bonté. Il nous a appris, alors que nous étions son préparateur, à aimer l'anatomie et grâce à ses conseils donnés au lit des malades, il a su nous faire profiter de sa sage et vieille expérience dans la chirurgie pratique.

Nous voulons aussi remercier chaleureusement M. le directeur Henrot qui nous a enseigné les principes de clinique interne ; M. le Dr Colleville, que nous avons suivi dans son service avec beaucoup d'intérêt ; M. le Dr Simon qui nous a inculqué les principes de médecine opératoire ; tous les maîtres enfin qui ont participé à notre première éducation médicale.

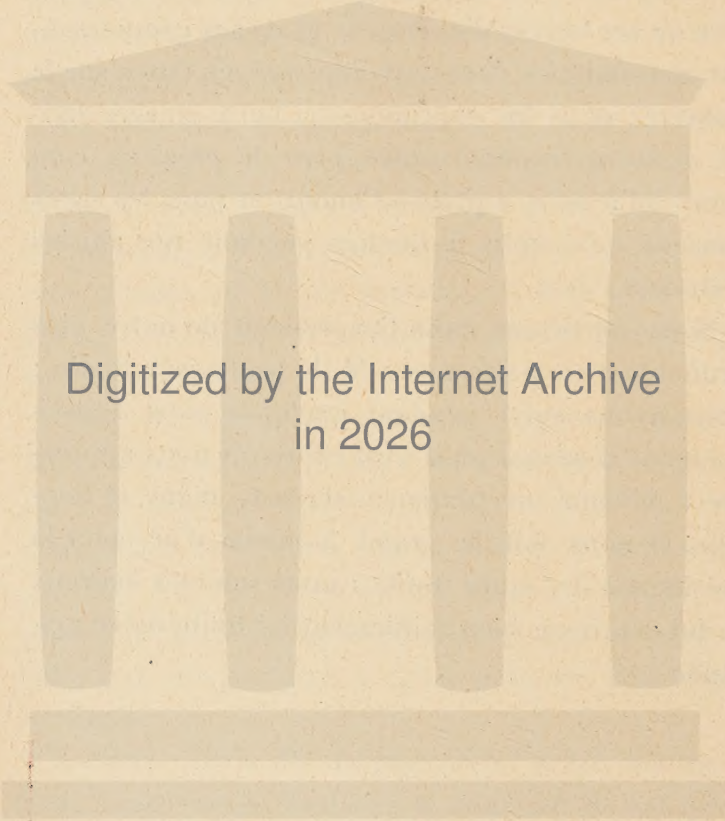
A Paris, M. le Dr Raymond fut notre maître ; nous conserverons toujours le souvenir de ses causeries amicales et de ses leçons savantes dans lesquelles il nous a appris à distinguer, à classer et à traiter les nombreuses maladies du système nerveux ; nous lui adressons tous nos remerciements.

Nous avons suivi avec assiduité les leçons de clinique, d'auscultation et de thérapeutique de M. le

Dr Guinon, données au lit des enfants à l'hôpital Trousseau ; nous le remercions bien sincèrement de l'aimable accueil qu'il nous a fait dans son service.

Notre ami dévoué M. Georges Lardennois, interne des hôpitaux, aide d'anatomie, nous a fait profiter de ses talents d'opérateur et de ses connaissances anatomiques dans nos expériences faites sur le cadavre ; nous lui exprimons ici notre sincère amitié et notre reconnaissance pour le précieux concours qu'il nous a prêté à Clamart et pour les sages conseils qu'il nous a donnés pendant nos années d'étude à Paris.

Nous adressons enfin l'expression de notre plus profonde reconnaissance à M. le professeur Budin : nous avons suivi pendant quelques mois l'enseignement si savant où il s'est efforcé de nous apprendre à devenir un praticien sérieux, digne et honnête. Il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous sommes heureux de lui exprimer bien faiblement ici toute notre gratitude.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## CHAPITRE I

### Définition. — Différentes dénominations

---

Au mois d'octobre 1894, M. Gigli de Florence fait paraître dans les *Annali di Ostetricia et Ginecologia* un article dans lequel il donne la technique d'une opération obstétricale qu'il appelle : « taille latéralisée du pubis, taglio lateralizzato del pube ».

Cette opération consiste à sectionner le pubis sur le côté de la symphyse en employant un fil métallique rugueux, la scie filiforme, inventée par l'accoucheur italien ; son but est d'élargir momentanément le bassin trop étroit pour laisser passer le fœtus : section du pubis dans le voisinage de la symphyse en employant la « filo-sega », tel est le principe essentiel et fondamental de la méthode.

Pour résumer son opération, M. Gigli lui donna le nom de « taille latéralisée » du pubis, ou section latérale du pubis, terme « qui vint lui-même sous sa plume ».

Cette dénomination un peu longue a été quelque peu délaissée et on a proposé des noms nouveaux.

Le terme *pubiotomie*, déjà ancien, lui a été préféré ;

mais, comme le fait remarquer M. de Bovis, il a tort de consacrer une incorrection linguistique ; il associe en un seul mot deux composants : l'un grec, l'autre latin. M. Van de Velde propose le mot *hébotomie* correct au point de vue de son origine ἡβή, pubis, et τομή, coupe.

M. Gigli s'élève contre ces dénominations : « Cela  
« est oiseux et tous ces noms sont barbares ; nous ne  
« les adoptons que par convention pour exprimer  
« plus brièvement une idée ; nous serions fort aise de  
« pouvoir nous en passer si notre langue se prêtait à  
« certaines combinaisons. Redresser les jambes à tous  
« les noms hybrides qu'on trouve dans les sciences,  
« les arts et même la vie de chaque jour, serait  
« établir un surcroît de confusion. Le nom doit  
« exprimer exactement l'idée anatomique de l'opération ;  
« s'il ne le fait pas, sa valeur est nulle. C'est  
« pour cela et à cause des droits que je crois avoir  
« que je propose et que je maintiens la dénomination  
« de « section latérale » ; elle obéit à la terminologie  
« chirurgicale et elle exprime l'idée avec une clarté  
« parfaite. »

Certes, le terme « section latérale » est celui qui convient le mieux à l'opération de M. Gigli ; cependant nous nous servons volontiers dans le courant de notre travail des mots « pubiotomie » et « hébotomie », comme synonymes de section latérale du pubis ; ils sont entrés définitivement dans le domaine de notre langue et ont l'avantage d'être brefs et concis.

## CHAPITRE II

### Historique

---

M. Gigli ne cherche pas à s'attribuer l'idée de l'opération à laquelle il a donné le nom de « section latérale » ; dans ses premières publications en effet, il cite ceux qui, avant lui, ont proposé la section du pubis dans le but d'élargir le bassin. : nous voulons dire Champion et Stolz.

Avant lui, en effet, quelques accoucheurs avaient tenté de sectionner les os du bassin ; à ce propos, nous diviserons l'histoire de cette opération en trois périodes : dans la première, avant Stolz, naît l'idée de la section et quelques tentatives sont faites, mais le *modus operandi* n'est pas fixé ; dans la seconde période, Stolz donne pour la première fois une technique pratique de la section, mais l'instrumentation est imparfaite.

La troisième période commence avec M. L. Gigli qui invente un instrument pratique et publie sa technique opératoire en 1894 : depuis lors, de nombreu-

ses opérations. ont été tentées et ont donné d'excellents résultats.

*Première période.* — Avant Stolz, Aitken, chirurgien d'Edimbourg en 1775, sectionne les os du bassin ; mais son but et son manuel opératoire sont bien différents de ceux de M. Gigli : au lieu de se contenter d'une seule section, il en fait de chaque côté et ces sections portent sur les deux branches : horizontale et verticale du pubis : c'est une double ischio-pubiotomie ; il élargit le bassin, non pas pour favoriser l'accouchement, mais afin de pouvoir dans tous les cas remplacer l'incision césarienne par la section pelvienne ; pour faire cette opération, il se sert d'une scie articulée qu'il a inventée, mais cet instrument n'est pas pratique. Suivant l'exemple de Aitken, Galbiati et Cianflone en Italie osent pratiquer sur le vivant cette double ischio-pubiotomie, mais leur tentative n'aboutit qu'à l'insuccès.

Dès lors, on ne trouve plus trace de la section osseuse jusqu'en 1821.

Voici à cette époque ce que dit Murat (1) : « Quelques praticiens, parmi lesquels je me bornerai à citer M. le Dr Champion (de Bar-le-Duc), croient qu'au lieu de diviser la symphyse pubienne, on devrait et il serait préférable en général de scier à côté de cette espèce d'articulation ; en effet, en sciant, on évite, comme le dit Desgranges, l'urèthre,

---

1. Murat. *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 volumes. Article « Symphyséotomie ».

« la saillie de la vessie, les longs tâtonnements pour  
« trouver le cartilage interposé entre le pubis. »

Champion voit un des avantages de l'opération et la simplicité et la facilité de l'exécution, mais il ne donne pas de technique opératoire et il n'opère que sur des cadavres, en présence des étudiants.

*Deuxième période.* — Jusqu'ici le *modus operandi* n'est pas fixé : c'est Stolz qui a le mérite de donner pour la première fois une technique pratique de la section osseuse ; malheureusement de l'enseignement de ce maître il reste seulement ce qu'on lit dans la thèse de son élève Lacour sur les *Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré* (Thèse de Paris, 1884).

« Pratiquant une petite boutonnière au mont de  
« Vénus préalablement rasé, au point correspondant  
« à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la sym-  
« physe, on passe par cette ouverture une aiguille  
« longue et légèrement recourbée, à laquelle on fixe  
« la scie à chaînette, puis on glisse l'aiguille le long  
« de la face postérieure du pubis, en rasant l'os et  
« faisant sortir sa pointe à côté du clitoris, entre un  
« des corps caverneux et la branche descendante du  
« pubis. Lorsque l'aiguille a entraîné la scie, on  
« adapte la poignée, puis on tend la scie entre les  
« deux mains et quelques mouvements de va-et-vient  
« suffisent pour diviser le pubis. »

La technique opératoire est créée ; c'est une ostéotomie sous-cutanée.

Lacour pense que son opération va être « univer-

sellement acceptée » : pourtant elle n'est pas tentée sur le vivant et elle sert seulement à quelques démonstrations sur le cadavre.

Quelle en est la cause ? Comme le fait remarquer M. le professeur de Bovis, deux raisons s'opposent à la diffusion de cette excellente idée : la lourde mortalité de toutes les opérations sanglantes contemporaines et l'imperfection de l'instrument, la scie à chaîne à laquelle ne peut s'appliquer le fameux : « Je plie et ne romps point. »

*Troisième période.* — M. Gigli a le mérite d'avoir fait revivre la section du pubis et de lui avoir donné toutes les conditions nécessaires pour la rendre simple, facile et pratique ; en 1892, étant à Paris, il est « vivement impressionné de voir passer un fœtus à terme, vivant et complet, à travers un bassin rétréci » ; mais en 1893, alors qu'il « a la bonne fortune d'être assistant interne à la Clinique du professeur H. Fritsch, à Breslau », il est tout étonné de voir « à la suite des symphyséotomies, et de ces opérations seulement, survenir les conséquences morbides les plus irrégulières et les plus graves » ; il met ces mauvais résultats sur le compte de la plaie articulaire et il pense qu'en s'attaquant à l'os il aura des résultats meilleurs ; en même temps, il a la fortune d'imaginer un instrument nouveau et original de diérèse osseuse devenu aujourd'hui d'un usage courant, la scie filiforme. En 1894, il fait sa première publication, basée sur des expériences cadavériques, mais n'exécute lui-même sa première opération qu'en 1902.

## CHAPITRE III

### Divers manuels opératoires proposés

#### Leurs avantages

#### Leurs inconvénients. — Leurs complications

---

Dans les *Annali di Ostetricia et Ginecologia* (octobre 1894) et dans le *Zentrall-Blatt für gynækologie* (19 novembre 1904), M. Gigli donne la technique de la section du pubis telle qu'il la conçoit ; après lui, quelques opérateurs ont apporté différents changements et ont préconisé d'autres méthodes pour pratiquer cette opération ; tous, du reste, se servent de la scie filiforme de M. Gigli.

Mais avant de passer en revue ces différents manuels opératoires, il est bon de donner en quelques mots l'anatomie de la région où se pratique l'opération (1) :

« La portion du pubis comprise entre la symphyse  
« et le trou obturateur, ou corps du pubis, n'est  
« recouverte en avant par aucun organe ou vaisseau  
« important. Sur cette surface osseuse viennent

---

1. De Bovis. « De l'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli », *Semaine médicale*, 21 décembre 1904.

« seulement s'épuiser les fibres tendineuses consti-  
« tuant les insertions des muscles grand droit de  
« l'abdomen, droit interne de la cuisse, moyen et  
« grand adducteur, pectiné ; les faisceaux les plus  
« importants appartiennent aux adducteurs : le pec-  
« tiné, de même que l'arcade crurale, s'insère tout à  
« l'extrémité de la région, sur l'épine du pubis. Ces  
« diverses insertions s'étalent à la surface de l'os, se  
« soudent au périoste ou adhèrent les unes aux  
« autres, sans former de tendons nettement détachés  
« ou à surface d'insertion linéaire. En quelque point  
« que l'on sectionne le corps du pubis, notamment  
« si l'en arrive à ménager, comme le recommande  
« M. Van de Velde, le surtout fibro-périostique, les  
« muscles conservent des attaches plus que suffisan-  
« tes pour assurer leur fonctionnement et contri-  
« buent par leur action à rapprocher les lèvres de la  
« section osseuse, avantage qui ne se rencontre pas  
« lors de section médiane.

« Sur le bord supérieur de l'os, s'insèrent les  
« expansions aponévrotiques des muscles de l'abdo-  
« men, l'arcade crurale et le muscle grand droit.  
« Tous ces éléments fibro-tendineux, nécessaires au  
« soutien de l'abdomen, sont sûrement ménagés si  
« la scie pénètre au ras du bord supérieur de l'os ;  
« une étroite boutonnière de quelques millimètres  
« suffit à assurer son passage.

« Le bord inférieur du pubis est le seul qui pré-  
« sente un organe quelque peu important : nous  
« voulons parler du corps caverneux du clitoris.

« Long de 4 à 5 centimètres, celui-ci s'insère à la  
« lèvre antérieure de la branche descendante du  
« pubis jusqu'à 3 centimètres environ de l'arc  
« sous-pubien. Son extrémité inférieure est marquée  
« par un petit relief osseux qu'on pourrait appeler  
« le tubercule sous-pubien. Par conséquent, une  
« incision qui diviserait ce bord de l'os à 3 centimè-  
« tres au-dessous de l'arc sous-pubien laisserait le  
« corps caverneux intact.

« En arrière, le pubis donne attache sur la ligne  
« médiane à des fibres ligamenteuses servant à fixer  
« la vessie ; il est, de plus, en rapport avec les grosses  
« veines du plexus vésical. Mais il suffit de s'écarter  
« légèrement de la ligne médiane pour éviter ce dan-  
« gereux voisinage, une des pierres d'achoppement  
« de la symphyséotomie.

« Par conséquent, *une ostéotomie qui partirait du*  
« *bord supérieur de la symphyse* (procédé de Gigli),  
« *ou mieux de l'épine du pubis* (procédé de Van de  
« Velde) *pour venir aboutir à l'extrémité inférieure*  
« *du corps caverneux*, c'est-à-dire à 3 centimètres  
« de l'arcade pubienne, *n'intéresserait aucun organe*  
« *important*. Elle aurait de plus l'avantage, relative-  
« ment à la symphyséotomie, d'être fort éloignée de  
« la vessie, de l'urèthre et du vagin, d'en être séparée  
« par une notable épaisseur de parties molles et par  
« suite de mettre dans une très large mesure à l'abri  
« des déchirures de l'un ou l'autre de ces organes. »

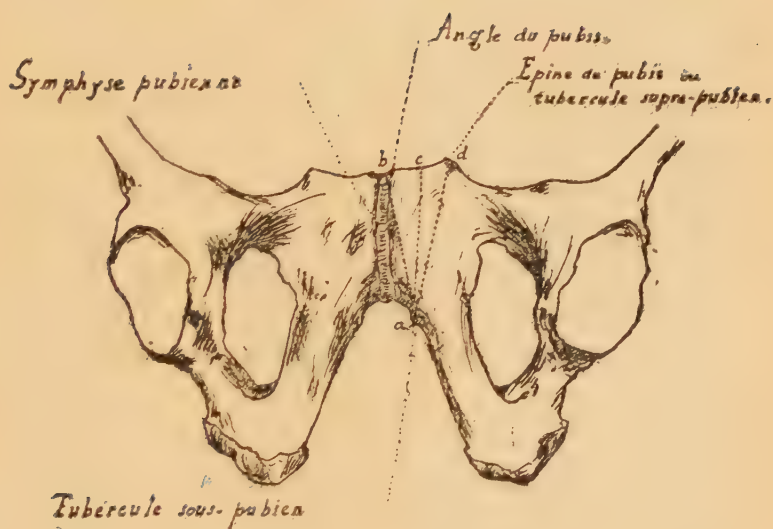
Voyons maintenant les différents manuels opéra-  
toires proposés :

§ 1. *Technique de Gigli (1).*

Après avoir préparé les instruments nécessaires à toute opération chirurgicale : bistouri, sonde cannelée, pince hémostatique, aiguille, crins de Florence, catgut, etc., les organes génitaux externes et le vagin de la parturiente sont lavés avec soin, puis la peau de la région pubienne est rasée et désinfectée rigoureusement ; la femme est mise en position obstétricale ; des aides placés de chaque côté d'elle lui soutiennent les jambes. Lorsqu'elle est bien endormie, on fait une incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; cette incision part de la ligne médiane, au niveau du bord supérieur de la symphyse, se prolonge soit à droite, soit à gauche, de haut en bas et de dedans en dehors jusqu'au niveau du tubercule sous-pubien, situé à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade pubienne ; cette incision mesure environ 8 à 10 centimètres : elle est oblique de haut en bas et de dedans en dehors et à légère concavité externe. On libère ensuite la face antérieure de l'os, puis on introduit une grosse et forte aiguille mousse — qui servira de porte-scie — derrière le bord supérieur du pubis au voisinage de la symphyse : on

---

1. L. Gigli. « Taglio lateralizzato del pube ; suoi vantaggi ; sua tecnica », *Ann. di ostet. e. ginecol.*, octobre 1894. — L. Gigli « Meine Technik des Lateralschnittes », *Cent. Bl. f. Gynækol.*, 19 novembre 1904.



a-b. Incision de M. Gigli

a-d. Incision de M. Van de Velde.

a-c. Incision recommandée par M. de Bovis ; elle se rapproche de l'incision de M. Calderini.

enfonce cette aiguille lentement derrière le pubis en rasant le plus possible sa face postérieure ; pendant ce temps, deux doigts de la main gauche (recouverte ou non d'un gant de caoutchouc) introduits dans le vagin servent de guide à l'aiguille à travers la paroi vaginale, la conduisent jusqu'à l'extrémité inférieure de l'incision cutanée et la font sortir par cette incision. La scie-fil est fixée à l'aiguille, cette dernière tirée en dehors de la plaie amène avec elle la scie ; les poignées sont fixées, le fil tendu et l'on commence la section. En quelques allées et venues, l'os est divisé rapidement, facilement et sans inconvénient pour les parties molles du voisinage.

M. Gigli recommande de faire le trait de scie non pas perpendiculaire à l'os, mais un peu oblique : la réparation se fait ainsi plus rapidement et plus solidement.

Une fois la ceinture pelvienne divisée, on extrait le fœtus, soit par version, soit par le forceps : après quoi, rapprochant les deux côtés du bassin, on pratique des sutures profondes et superficielles des parties molles et on applique un appareil immobilisable.

Cette technique a été suivie par différents opérateurs : Pestalozza (obs. XI, XII), Saladino (obs. X), Ferroni (obs. XXVI), etc...

§ 2. *Technique de Calderini (1).*

Cet opérateur fait une incision cutanée de 5 à 6 centimètres, commençant au mont de Vénus et parallèle au sillon génito-fémoral : cette incision est presque verticale ; elle commence à 1 centimètre en dedans de l'épine du pubis et, suivant une direction oblique en bas et en dedans, elle se termine au niveau de la grande lèvre du côté correspondant.

Une fois cette incision faite, M. Calderini, au lieu d'introduire son aiguille porte-fil par le bord supérieur du pubis, la fait passer par le bas et fait ressortir la pointe de l'instrument par l'extrémité supérieure de l'incision. La section osseuse suit l'incision cutanée.

§ 3. *Technique de Van de Velde (1).*

Comme Calderini, Van de Velde fait passer son aiguille porte-fil par en bas et fait sortir la pointe de son instrument au-dessus du pubis en abaissant fortement le manche.

---

1. Dottore P.-L. Gardini. « Il secondo caso di pubiotomia col filo-sega Gigli », *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1900, n° 6, page 417.

1. Th. Van de Velde. « Die Hebotomie », *Centr. Bl. f. Gynæk.*, 1902, n° 37.—Van de Velde. « Hebotomie met bleibender Erweiterung des Beckens », *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1902, n° 29.

Mais son incision n'est pas exactement celle de Calderini ; elle est, elle aussi, oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; mais elle commence au tubercule supra-pubien ou épine du pubis et non en dedans de lui, comme le voulait l'opérateur précédent.

Van de Velde trouve inutile de guider l'aiguille avec les doigts introduits dans le vagin et passe cet instrument derrière le pubis, d'emblée.

Enfin aux sutures cutanées il ajoute des sutures périostiques pour obtenir une réparation plus rapide de la fracture osseuse.

Beaucoup d'opérateurs ont suivi l'exemple de Van de Velde et font leur incision du tubercule supra-pubien au tubercule sous-pubien : Dœderlein (obs. XX et autres), Léopold (obs. XXXIV à XXXVIII), De Bovis (obs. I et II), Meurer (obs. XIII), Toporski (obs. XXI), Kuttner (obs. XLVI) etc...

Mais quelques-uns d'entre eux, au lieu de passer l'aiguille par le bord inférieur du pubis, l'introduisent par en haut (Dœderlein, Léopold, De Bovis) et presque tous la dirigent avec deux doigts introduits dans le vagin : Dœderlein lui-même dit qu'il n'a pas encore eu l'audace de passer son aiguille sans la guider (I).

---

1. Albert Dœderlein. « Ueber alte und neue beckenerweiternde operationen », *Archiv. für gynækologie*. Volume 72, p. 291.

#### § 4. *Technique de Dœderlein.*

Avant les travaux de Dœderlein les différentes techniques opératoires sont exécutées à ciel ouvert, c'est-à-dire en incisant les tissus autant qu'il est nécessaire pour voir clair dans la plaie. Dœderlein exécute son opération par voie sous-cutanée. L'idée d'un procédé semblable avait déjà été énoncée par Stolz (1), qui avait fait des démonstrations sur le cadavre, mais depuis lors on n'en avait plus entendu parler. Dans sa deuxième opération d'ostéotomie pubienne, Dœderlein reprend l'idée de Stolz et fait une section osseuse sous-cutanée (obs. XXII).

Voici comment il procède :

Au-dessus du pubis, au niveau du tubercule sus-pubien, il fait une incision de 2 centimètres environ, horizontale, parallèle à la branche horizontale du pubis, incision assez grande pour laisser pénétrer l'index derrière la ceinture pelvienne ; avec ce doigt comme guide, il fait pénétrer une aiguille courbe solide en rasant le plus possible la face postérieure du pubis ; cette manœuvre est très facile. Le bec du conducteur vient bientôt faire saillie au niveau du sillon labio-crural, à 3 centimètres environ au-dessous du pubis ; à cet endroit, il fait une incision de deux travers de doigt environ, parallèle à la grande lèvre ; l'ascie filiforme est fixée à l'aiguille-guide, puis

---

1. Lacour. Thèse de Paris, 1844.

tirée en dehors ; après quelques allées et venues, l'os est divisé ; cette section de l'os est celle de Van de Velde, elle va du tubercule sus-pubien au tubercule sous-pubien.

Dœderlein ajoute qu'il est facile de reconnaître le moment exact où est terminée la section, à la sensation de saut que ressent l'opérateur quand la scie passe du tissu osseux au tissu mou ; après la division de l'os, le bassin s'élargit ; d'un coup de main, on retire la scie filiforme par l'ouverture basse et on procède à l'extraction du fœtus ; on place un drain dans l'incision inférieure et on immobilise le bassin avec une ceinture solide.

### § 5. *Avantages et inconvénients de chaque méthode.*

Chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvénients, quels sont-ils ?

M. Gigli donne de sa technique les raisons suivantes :

1° L'incision commence tout près de la symphyse, entre les fibres du muscle grand droit ; ces fibres limitent l'écart des os après la section osseuse ;

2° Si l'on scie plus en dehors, au niveau de l'épine du pubis, et même « au delà », on risque d'ouvrir le canal inguinal, d'affaiblir la paroi abdominale et de provoquer des hernies ;

3° En terminant plus bas l'incision, on peut blesser les gros vaisseaux du périnée : artères et veines honteuses, etc. ;

4° Si on incise plus longuement, on se rapproche des organes génitaux : il y a ainsi un plus grand danger d'infection et de déchirures ;

5° En introduisant le conducteur par en haut, aiguille mousse, sonde ou pince, on peut diriger sa marche avec les doigts placés dans le vagin ;

6° L'incision, au lieu d'être tout à fait perpendiculaire à l'os, étant un peu oblique, permet de donner une plus grande surface de section osseuse : la réparation est plus facile, plus solide et plus rapide.

Calderini et Van de Velde ont éloigné l'extrémité supérieure à l'incision, de la symphyse de façon à avoir un fragment symphyséo-pubien plus grand ; ils craignent, en effet, de voir ce fragment, réduit en volume, se nécroser et empêcher ainsi la réunion des os ou manquer de vitalité et, pour cela, produire un cal défectueux ou insuffisant. Mais les bons résultats de M. Gigli et de ses imitateurs prouvent que cette crainte est chimérique : dans tous leurs cas opérés, la réparation s'est faite avec un cal solide et suffisant.

L'incision de Van de Velde a d'autres avantages :

1° Elle place la section osseuse le plus loin possible du conduit vaginal et du plexus veineux de Santorini : les risques de déchirure de cet organe et d'hémorragie sont diminués ; c'est surtout un gros avantage quand on a affaire à une parturiente dont le bassin mou est rétréci comme le bassin osseux ;

2° L'incision est éloignée de la vessie ; le danger de lacérer cet organe est moindre ;

3<sup>o</sup> La section osseuse se fait entre les insertions fibreuses des muscles abdominaux, de l'arcade de Fallope et des muscles antéro-internes de la cuisse : de cette façon, l'écart est moins grand et le rapprochement des deux côtés du bassin plus facile.

Cette incision qui a été préférée à celle de Gigli par de nombreux opérateurs : Dœderlein, Léopold, De Bovis (obs. I et II), Meurer, Toporski, Küttner, n'est cependant pas parfaite : M. De Bovis qui l'a pratiquée dans ses deux premières opérations, l'a désormais délaissée : en effet, la crainte de voir cette incision favoriser des hernies, énoncée par M. Gigli, a été justifiée chez sa première opérée (De Bovis, obs. I) ; à la suite de son opération, la première parturiente de l'accoucheur rémois a vu se produire une hernie à travers les fibres dissociées de l'aponévrose abdominale au niveau de la section osseuse ; aussi depuis ce temps, M. de Bovis préfère-t-il une incision un peu plus interne, immédiatement en dedans de l'épine du pubis.

Faut-il passer l'aiguille porte-fil au-dessus ou au-dessous du pubis ? Dœderlein trouve que cette question est sans importance (1) ; M. Gigli la fait passer par en haut de façon à diriger son conducteur par le vagin : « L'introduction par en bas ménage peut-être  
« mieux le corps caverneux, si l'on ne s'est pas tenu  
« en dehors de lui, mais l'introduction par en haut  
« est plus facile à guider avec la main prenant appui

---

1. Dœderlein, *Loc. cit.*, p. 291.

« sur le ventre de la malade, et avec les doigts allant  
« par le vagin, à la rencontre du bec de l'instru-  
« ment ». (1).

Cette question est secondaire et le porte-fil peut être introduit soit par le haut, soit par le bas, au choix de l'opérateur.

Une question plus délicate est celle de savoir s'il faut préférer l'opération à ciel ouvert ou l'opération sous-cutanée.

Parlant de cette seconde méthode, M. Gigli dit qu'elle n'a plus que la valeur d'un souvenir (2) :  
« Les raisons qui la faisaient, à bon droit, recomman-  
« der au temps de Stolz, n'existent plus ; comme il  
« s'agit d'une fracture au niveau des organes génit-  
« taux, le fait de pouvoir assurer l'hémostase et de  
« prévenir avec certitude la formation d'espaces  
« morts et de lacunes a pour moi infiniment plus d'im-  
« portance que la préoccupation d'éviter une petite  
« cicatrice linéaire si facile à dissimuler en cette  
« région. Par conséquent, la méthode de Stolz.....  
« doit être pratiquée à ciel ouvert. »

Et pourtant cette méthode a ses avantages : c'est pourquoi Dœderlein a des imitateurs nombreux : De Bovis (obs. II et III), Léopold, Hoffmeier, Bumm.

Dans l'opération sous-cutanée il y a moins de danger pour l'infection : la plaie présente une moins

---

1. De Bovis. « De l'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli. *Semaine médicale*, 21 décembre 1904.

2. L. Gigli. *Presse médicale*, 27 mai 1905, n° 42.

grande surface à l'invasion des bacilles de la suppuration.

Elle est aussi facile que l'opération à ciel ouvert.

Le plus grand avantage est la persistance au-dessus de la section osseuse, d'un pont résistant formé de parties molles, solides et élastiques ; après la division du pubis et surtout pendant le passage du fœtus, les deux côtés du bassin sont retenus par cette espèce de lien vivant et extensible ; l'écart est moins grand et moins brusque, le rapprochement se fait de lui-même, presque mécaniquement, la réparation est plus solide et la coaptation plus exacte.

### § 6. *Choix d'une méthode.*

Nous proposons comme méthode de choix celle que recommande M. De Bovis à la suite de sa troisième intervention ; elle nous paraît la plus simple, la plus rapide et la plus satisfaisante : c'est la méthode sous-cutanée, à la Dœderlein, avec une section osseuse assez semblable à celle de M. Calderini ; M. de Bovis, en effet, trouve un grave inconvénient à la section osseuse à la Van de Velde ; elle dissocie les fibres de l'arcade de Fallope et lèse le canal inguinal, parce qu'il est impossible d'obtenir une coaptation tout à fait exacte des os sectionnés ; il en résulte un endroit de moindre résistance où peuvent se produire des hernies (De Bovis, obs. I).

Voici donc le manuel opératoire que nous préconisons :

Au niveau du bord supérieur du pubis, à mi-distance environ de l'angle et de l'épine du pubis, on fait une incision horizontale de 2 centimètres ; on va jusqu'au plan aponévrotique, représenté ici par les dernières fibres de l'aponévrose du grand oblique et par l'insertion du muscle grand droit de l'abdomen. A travers les fibres de ce dernier muscle, on fait une boutonnière soit au bistouri, soit à la sonde cannelée, et on introduit le conducteur de Gigli, que peut remplacer n'importe quel instrument solide pourvu d'une forte courbure et d'une longueur suffisante : clamp, sonde d'homme, porte-fil.

Le bec du conducteur vient ainsi faire saillie au-dessous de la branche descendante du pubis, au niveau du sillon labio-crural, à 3 centimètres environ au-dessous de l'arc pubien. On n'a plus qu'à inciser les téguments et les parties sous-jacentes sur la pointe de l'instrument. Il ne faut pas craindre d'aller trop bas, c'est le meilleur moyen de ne pas blesser le corps caverneux ou de ne le blesser que d'une façon insignifiante. A cet égard, le mieux serait peut-être, sinon d'introduire le conducteur par le bas, comme le veut M. Van de Velde, du moins d'amorcer sa sortie en faisant la contre-ouverture à l'avance et en refoulant le surtout fibreux du bord inférieur de l'os au voisinage du tubercule sous-pubien.

Pour éviter les fausses routes du conducteur, M. Dœderlein enfonce l'index comme guide dans la plaie sus-pubienne et M. Gigli place deux doigts dans le vagin. Avec un peu d'adresse on peut, comme

le veut M. Van de Velde, se passer de l'une comme de l'autre de ces manœuvres ; mais, entre les deux façons de faire, nous préférons celle de M. Gigli, afin de ne pas dissocier les fibres aponévrotiques de l'abdomen ; il suffit simplement de passer un gant de caoutchouc sur la main destinée à pénétrer dans le vagin.

Par le retrait de l'instrument auquel on accroche la scie, cette dernière se trouve placée en arrière du pubis. On la tend bien en la maintenant presque parallèle à l'os et la section se trouve achevée en une demi-minute tout au plus : comme on le voit, cette section est intermédiaire à celle de M. Gigli et à celle de M. Van de Veldè ; elle ressemble à celle de M. Calderini. Les os s'écartent alors de 2 à 3 centimètres ; deux aides maintiennent les côtés du bassin. S'il se produit une hémorragie, — presque toujours veineuse —, on tamponne et on s'occupe de terminer l'accouchement, soit par version, comme le font les opérateurs allemands, soit par le forceps comme les Français ; parmi ces derniers, un accoucheur recommande même de laisser l'accouchement se terminer spontanément ; le forceps nous paraît le meilleur parce qu'il est plus rapide, la section latérale étant faite pour sauver l'enfant. Pendant le passage du fœtus, les os s'écartent de 4 à 5 centimètres, mais semblent revenir spontanément à l'écart antérieur de 2 à 3 centimètres. La délivrance achevée, on place dans la vessie une sonde à demeure. Avec M. Döderlein, il nous semble désormais inutile d'introduire un

drain dans la contre-ouverture ; de suite on fait un surjet au crin de Florence sur l'incision sus-pubienne et sur l'incision inférieure.

On applique ensuite soit une ceinture élastique, soit un appareil amovo-inamovible quelconque, plâtré si l'on veut, après avoir rapproché le plus possible les deux moitiés du bassin, pour éviter les hernies. Pour sa part, M. De Bovis emploie une ceinture degymnaste et la recommande, car la simplification de la technique est le meilleur moyen de la rendre pratique.

La malade est ensuite couchée avec les jambes jointes et légèrement relevées ; deux coussins de sable viennent consolider le plâtre ou la ceinture sur les côtés. On la laisse ainsi pendant quinze jours et, après trois semaines environ, elle peut essayer de se lever.

Faut-il laisser intentionnellement un espace entre les deux fragments du pubis sectionné ? M. Van de Velde le recommande (1) de façon à laisser un élargissement prophylactique du bassin pour les grossesses ultérieures. Toutefois, avec M. Gigli, nous pensons que le plus prudent est de viser à la *restitutio ad integrum*, car une pseudarthrose serait certainement fort peu avantageuse pour la malade, si

---

1. Th. Van der Velde. Hebotomie met blijvende verwijding van het bekken (*Nederl. Tijdschr. voor geneesk.*, 30 mai 1903 et *Semaine médicale*, 1903, p. 307).

Die Hebotomie (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 13 septembre 1903).

par hasard elle se produisait. De plus, un écart même de 3 centimètres n'augmente qu'assez faiblement les dimensions du bassin ; il n'y aurait donc bénéfice que pour les femmes ayant un rétrécissement peu marqué, comme dans le cas de M. Van de Velde où la parturiente avait un diamètre promonto-pubien minimum de 8 cm. 6 .

Du reste cette question d'élargissement prophylactique n'est pas élucidée et M. De Bovis laisse à l'avenir le soin de la trancher.

### § 7. *Complications opératoires.*

Les accidents qui peuvent compliquer l'opération sont : l'hémorragie et les déchirures des parties molles. Quant aux autres complications : cystite (M. Meurer, obs. XIII), incontinence d'urine (Bar, obs. XL), phlébite (Van de Velde, obs. VI ; Kuttner, obs. XLVII et Kannegiesser, obs. XLIX), elles ne sont pas causées par la pubiotomie et peuvent se produire après tout accouchement : c'est pourquoi nous nous bornerons à les mentionner sans les étudier davantage.

L'hémorragie de la pubiotomie est en général peu abondante, plus notable cependant lorsqu'on fait la section osseuse à la Gigli, c'est-à-dire en se rapprochant de la symphyse et par conséquent du plexus de Santorini, qu'en opérant à la façon de Van de Velde ; cette hémorragie n'est pas assez importante pour être considérée comme un accident de la méthode. Dans toutes les observations, en effet, les opé-

rateurs signalent ce faible écoulement sanguin et tous remarquent qu'il cède facilement, rapidement et définitivement au tamponnement ou à la compression.

Les déchirures des parties molles sont rares ; quand elles se produisent, elles sont la plupart du temps de faible importance ; il est des cas cependant où elles sont notables (Dœderlein, obs. XXVII, la déchirure du vagin communique avec la plaie de l'hébotomie ; Bar, obs. XL, section de la vulve et de la paroi antérieure du vagin, ; Porack obs. XLIII, plaie de la paroi vaginale ; Hohlweg, obs. XLVI, plaie de la grande lèvre longue de 6 centimètres). Ces déchirures, si importantes soient-elles, sont, au dire des opérateurs, rapidement guéries et ne laissent, après elles, aucune trace ni aucun malaise.

Ces accidents sont dus, en général, à la primiparité de la parturiente, à l'étroitesse de son bassin mou ou au volume trop considérable du fœtus (Dœderlein, obs. XXVII, fœtus de 4030 grammes). Pour les éviter, on aura recours aux ballons, aux dilateurs (Van de Velde, obs. VI ; Bumm, obs. LXIV), ou même aux incisions prophylactiques du périnée ou épisiotomie comme le fait M. Reifferschied (obs. LXII et LXIII).

On peut donc conclure que ces incidents post-opératoires sont des complications sans portée, de courte durée et sans inconvénient pour l'avenir des opérées.

## CHAPITRE IV

### Résultats de l'Opération

---

Nous diviserons les résultats obtenus en pratiquant la pubiotomie en résultats obstétricaux, fonctionnels et vitaux.

#### I. — *Résultats obstétricaux.*

L'opération de Gigli, ayant pour but d'agrandir momentanément le bassin pour favoriser le passage du fœtus, nous appellerons résultats obstétricaux les différents agrandissements du bassin obtenus par la section de la ceinture pelvienne. A ce propos, de nombreuses questions sont à résoudre : Y a-t-il agrandissement du bassin, sur quels diamètres porte cet agrandissement et dans quelle proportion ces derniers sont-ils augmentés ? Jusqu'à quelle limite peut-on écarter les fragments du bassin sectionné ? A quel degré de rétrécissement doit-on s'arrêter pour pratiquer, sans inconvénient, la section latérale du pubis ?

| Ecart        | 1 <sup>er</sup> bassin : section gauche |             |               |                |                | 2 <sup>e</sup> bassin : section droite |             |               |                |                | 3 <sup>e</sup> bassin : section droite |             |               |                |                |
|--------------|-----------------------------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|----------------------------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|----------------------------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|
|              | Conj. diag.                             | Conj. vera. | Diam. transv. | Diam. obl. dr. | Diam. obl. ga. | Conj. diag.                            | Conj. vera. | Diam. transv. | Diam. obl. dr. | Diam. obl. ga. | Conj. diag.                            | Conj. vera. | Diam. transv. | Diam. obl. dr. | Diam. obl. ga. |
| Avant        | 11,5                                    | 10          | 13,7          | 12,2           | 12,5           | 8,5                                    | 7,3         | 13,3          | 11,2           | 11,2           | 13,7                                   | 12          | 14,2          | 13,2           | 13,2           |
| 0,5 à 1      | 12,5                                    | 10,5        | 14,9          | 12,5           | 12,8           | 8,7                                    | 7,5         | 13,8          | 11,5           | 11,5           | 14,2                                   | 12,5        | 15            | 14             | 13,5           |
| 2            | 12,5                                    | 10,8        | 15,2          | 12,8           | 13,7           | 8,8                                    | 8,2         | 14,4          | 12,5           | 12,2           | 14,7                                   | 12,8        | 15,2          | 14,2           | 13,7           |
| 3            | 12,8                                    | 11,5        | 15,5          | 13             | 14,7           | 8,9                                    | 8,3         | 15            | 13,2           | 13             | »                                      | »           | »             | »              | »              |
| 4            | 13                                      | 12          | 16            | 13,2           | 15             | 9,3                                    | 9           | 15,2          | 13,5           | 13,2           | 15,2                                   | 13,6        | 15,5          | 15             | 14,2           |
| 5            | 13                                      | 13          | 16,3          | 14             | 15             | 10                                     | 9,3         | 15,5          | 13,7           | 13,5           | 15,5                                   | 14          | 16            | 15,5           | 14,5           |
| 6            | »                                       | »           | »             | »              | »              | 10                                     | 9,3         | 16            | 14             | 13,5           | 15,5                                   | 14          | 16,5          | 16             | 15             |
| Augmentation | 1,5                                     | 2           | 2,6           | 1,8            | 2,5            | 1,5                                    | 2           | 2,7           | 2,8            | 2,3            | 1,8                                    | 2           | 2,3           | 2,8            | 1,8            |

### Expériences personnelles

| Ecart        | 1 <sup>er</sup> bassin : section gauche |             |               |                |                | 2 <sup>e</sup> bassin : section droite |             |               |                |                | 3 <sup>e</sup> bassin : section gauche |             |               |                |                |
|--------------|-----------------------------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|----------------------------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|----------------------------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|
|              | Conj. diag.                             | Conj. vera. | Diam. transv. | Diam. obl. dr. | Diam. obl. ga. | Conj. diag.                            | Conj. vera. | Diam. transv. | Diam. obl. dr. | Diam. obl. ga. | Conj. diag.                            | Conj. vera. | Diam. transv. | Diam. obl. dr. | Diam. obl. ga. |
| Avant        | 12,5                                    | 11,2        | 13,9          | 13,2           | 13,2           | 9,8                                    | 8,4         | 13,1          | 11             | 11             | 8,1                                    | 7           | 13,1          | 11,3           | 11,3           |
| 1            | 12,7                                    | 11,8        | 14,4          | 13,6           | 14             | 9,9                                    | 8,7         | 13,7          | 11,4           | 11,2           | 8,3                                    | 7,5         | 13,5          | 11,8           | 11,8           |
| 2            | 12,8                                    | 12          | 14,6          | 13,9           | 14,7           | 10,2                                   | 9           | 14            | 12,2           | 11,8           | 8,6                                    | 8           | 13,8          | 11,9           | 12             |
| 3            | 13                                      | 12,4        | 15            | 13,9           | 14,9           | 10,4                                   | 9,3         | 14,6          | 12,9           | 12,1           | 8,8                                    | 8,3         | 14,1          | 12,5           | 12,7           |
| 4            | 13,3                                    | 12,7        | 15,5          | 14,3           | 15,3           | 10,7                                   | 9,7         | 15,2          | 13,5           | 12,5           | 9,2                                    | 9           | 14,5          | 12,7           | 13,4           |
| 5            | 13,6                                    | 13,2        | 16,3          | 14,7           | 16             | 11,3                                   | 10,5        | 15,5          | 13,7           | 12,8           | 9,6                                    | 9,5         | 14,8          | 13             | 13,5           |
| 6            | 13,9                                    | 13,3        | 16,7          | 14,7           | 16,2           | 11,4                                   | 10,7        | 15,6          | 13,7           | 13             | 9,7                                    | 9,5         | 15            | 13             | 14             |
| Augmentation | 1,4                                     | 2,1         | 2,8           | 1,5            | 3              | 1,6                                    | 2,3         | 2,5           | 2,7            | 2              | 1,6                                    | 2,5         | 2,9           | 1,7            | 2,7            |

Il est évident qu'en sectionnant la ceinture pelvienne dans le voisinage de la symphyse, on obtient, après l'écartement soit spontané, soit provoqué des fragments, un agrandissement de la circonférence du bassin ; il suffit de se reporter aux observations de pubiotomie pour en avoir une preuve convaincante ; dans la plupart des accouchements cités, en effet, la tête du fœtus est, avant l'opération, mobile au-dessus du détroit supérieur ; elle ne peut s'engager parce que le chemin qu'elle doit parcourir est trop étroit. Aussitôt la section osseuse terminée et les fragments écartés, la tête progresse facilement et l'accouchement se termine, soit de lui-même (De Bovis, obs. I), soit avec l'aide du forceps ou de la version.

L'agrandissement porte sur tous les diamètres, mais dans des proportions variables pour chacun d'eux, suivant la forme et l'étroitesse du bassin, suivant le côté sectionné, suivant la longueur de l'écart. Pour nous rendre compte de ces différents agrandissements, nous avons consulté le travail de M. Cauvenberghe, de Gand (1) et nous-même avons fait des expériences sur 15 bassins : 4 à l'Ecole de médecine de Reims et 11 à Clamart, avec l'aimable concours de M. G. Lardennois, aide d'anatomie ; parmi ces 15 bassins, nous avons eu l'heureuse fortune de rencontrer 6 bassins rétrécis : nous

---

1. Docteur Cauvenberghe (de Gand). « Elargissement du bassin par la pubiotomie ». *L'Obstétrique*, 1905, n° 1.

rapportons dans les tableaux qui précèdent trois des résultats obtenus par M. Cauvenberghe et trois de nos expériences personnelles : nous citons parmi nos 15 bassins sectionnés : un grand bassin (conj. vera : 12 cm. 5) ; un bassin moyennement rétréci (conj. vera : 9 cm. 8) et un bassin fortement rétréci (conj. vera : 8 cm. 1).

De la série d'observations publiées par M. Cauvenberghe et de tous nos résultats personnels, nous croyons pouvoir conclure d'une façon générale :

1<sup>o</sup> Lorsqu'on fait la section latérale du pubis, il se produit toujours un écart spontané entre les deux fragments ; cet écart mesure en moyenne 1 centimètre ; il est plus petit que celui de la symphyséotomie à cause des fibres du grand oblique et autres aponévroses abdominales qui maintiennent les fragments, et aussi, — dans le cas d'opération par voie sous-cutanée, à la Dœderlein, — à cause du pont de tissus qui reste au-dessus de la brèche osseuse.

2<sup>o</sup> Avec un écart de 1 centimètre, le diamètre promonto-pubien minimum augmente en moyenne de 3 à 4 millimètres.

3<sup>o</sup> Avec un écart de 3 à 4 centimètres, la moyenne des agrandissements est la suivante pour chaque diamètre :

|                                        |         |
|----------------------------------------|---------|
| D. promonto-pubien minimum . . . . .   | 1 cm.   |
| D. transverse . . . . .                | 1 cm. 4 |
| D. oblique du côté opéré . . . . .     | 2 cm. 2 |
| D. oblique du côté non opéré . . . . . | 1 cm. 3 |

4° Avec un écart de 5 centimètres, le diamètre conjugué vrai ou promonto-pubien minimum gagne, 1 cm. 6.

5° Enfin avec un écart de 6 centimètres (écart maximum que l'on ait obtenu jusqu'à présent), on trouve comme agrandissement :

D. promonto-pubien minimum. 2 cm.

D. transverse. . . . . 2 cm. 5 à 3 cm.

D. oblique du côté opéré . . . 2 cm. 5 à 3 cm.

D. oblique du côté non opéré. . . 1 cm. 8

Peut-on, sur le vivant, obtenir de tels écarts sans léser les parties molles, sans faire de déchirures des organes voisins de la symphyse, et sans provoquer de graves désordres en disjoignant l'articulation sacro-iliaque ?

Avant tout, il faut bien se rendre compte qu'au terme de la grossesse, toutes ces parties : vagin, vulve, périnée, articulation sacro-iliaque, sont dans un état particulier, plus ramollies, plus élastiques et moins résistantes qu'en dehors de la gestation ; par conséquent, elles supportent plus facilement et avec moins d'inconvénient qu'en temps normal, une pression ou une élongation qui serait alors exagérée.

Pour répondre à la question que nous venons de poser, il suffit de nous reporter à nos observations : on y voit que des écarts de 5 centimètres et plus ne sont pas rares et qu'on peut les obtenir sans voir se produire d'accidents sérieux ; tels sont les cas de

MM. Van de Velde (obs. VI, écart : 5 à 6 centimètres) ; Meyer (obs. XIV, écart : 5) ; Roster (obs. XIX, écart : 5) ; Döderlein (obs. XX, écart : 3 travers de doigt) ; Van de Velde (obs. XXXII, écart : 5) ; Reifferschied (obs. LXII, écart, 5 à 6 ; obs. LXIII, écart : 5).

Quant à donner une règle exacte à ce propos, la chose nous paraît assez difficile : il en est du reste, de la pubiotomie, à peu près comme de la symphyséotomie, et, des expériences de MM. Morisani, Bouchacourt, Farabeuf, Pinard et Varnier, on peut conclure qu'un écartement de 5, 6 et même 7 centimètres (on n'a jamais besoin de plus, et rarement d'autant) ne produit aucune lésion redoutable des symphyses sacro-iliaques, mais qu'il est dangereux de dépasser cet écartement de 7 centimètres et même de l'atteindre, pour les parties molles antérieures : tels les cas de MM. Döderlein (obs. XXVII, écart considérable) et Hohlweg (obs. LVI, écart : 6 à 7 centimètres) où se produisirent des déchirures sérieuses du vagin et du périnée, sans conséquence néfaste, cependant, pour la guérison des parturientes.

Quel rétrécissement du bassin à opérer ne peut-on dépasser sans craindre de résultats fâcheux ?

Pour la symphyséotomie, M. Pinard admet comme limite inférieure le chiffre 6 c. m. 75. Mais « pour que  
« la symphyséotomie puisse donner de bons résultats,  
« il faut que le diamètre promonto-pubien minimum  
« ait au moins 7 centimètres. Pratiquer la symphy-

« séotomie sur des bassins plus petits est un peu « aléatoire... » (1).

Très souvent on a fait la section latérale du pubis sur des bassins à diamètre promonto-pubien minimum de 7 centimètres : Bonardi (obs. IV. Conj. vera : 7) ; Gigli (Obs. VII. Conj. vera : 7) ; Meyer (obs. XIV. Conj. vera : 7 à 7,5) ; Dœderlein (obs. XXIX. Conj. vera : 7) ; Léopold (obs. XXXIV. Conj. vera : 7 ; Kannegrisser (obs. XLVIII. Conj. vera : 7 et obs. LIII. Conj. vera : 7).

Ce chiffre 7 n'est probablement pas la limite extrême que ne peut dépasser la pubiotomie : M. Cauvenberghe admet comme limite inférieure le chiffre 6,5 et nous avons des exemples de pubiotomie sur de tels bassins : tels les cas de M. De Bovis (obs. III, conj. vera 6) et de M. Reifferschied (obs. LXII, conj. vera 6,5).

Mais pour oser pratiquer une telle opération, il faut tenir compte de la parité de la parturiente, de l'état de ses parties molles et aussi du volume du fœtus ; ainsi M. De Bovis a pu extraire chez une multipare (VI-pare), un fœtus vivant en faisant une pubiotomie sur un bassin dont le diamètre promonto-pubien minimum est environ de 6 centimètres (De Bovis, obs. III). Le fœtus pèse 3 kilogrammes, mais il faut avouer que jusqu'à la fin de l'opération l'accoucheur craignit de ne pouvoir pas extraire le

---

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*, 6<sup>e</sup> édition, page 1175.

fœtus par les voies naturelles ; aussi trouve-t-il prudent, jusqu'à ce que des études anatomiques et des observations cliniques plus approfondies aient été apportées, de s'en tenir au chiffre 6,75 comme pour la symphyséotomie.

## II. — *Résultats fonctionnels.*

Tous les opérateurs sont unanimes à vanter la section latérale du pubis au point de vue de ses résultats fonctionnels, c'est-à-dire au point de vue de la réparation de la fracture et du cal osseux.

Nous ne pouvons en effet citer aucun cas où la section osseuse ait été suivie de désordre notable et de troubles fonctionnels importants : toutes les observations signalent la présence d'un cal rapidement formé, peu volumineux, solide et insensible. Voici du reste ce que disent les opérateurs après leurs interventions :

De Bovis (obs. I) : cal tellement petit qu'il est presque impossible de le sentir. Observation II, solidité du bassin parfaite. Observation III : cal à peine perceptible et insensible à la pression).

Van de Velde (obs. VI : cal gros et perceptible ; — obs. XXXI : au huitième jour, le cal est formé, pas trop volumineux ; — obs. XXXII : un cal se forme qui immobilise les fragments ; — obs. XXXIII : au huitième jour, on sent déjà un cal et la contre-pression des ailes iliaques n'est pas douloureuse).

Pestalozza (obs. XII : réparation parfaite et solide ;

— obs. XV : au vingtième jour, réparation osseuse parfaite).

Meyer (obs. XIV : cal peu volumineux, bassin solide au dixième jour).

Toporski (obs. XXI : réparation parfaite et cal perceptible).

Dœderlein (obs. XXII : au quatorzième jour on perçoit nettement un cal).

Ferroni (obs. XXVI : la cicatrice osseuse est à peine sensible par le vagin).

Léopold (obs. XXXIV : réparation solide ; — observ. XXXV : cal sensible).

Küttner (obs. XLVI : cal perceptible).

Seeligmann (obs. LV : au vingt-deuxième jour guérison complète, on n'aperçoit plus qu'une petite trace de cal).

Hohlweg (obs. LVI : cal épais ; — obs. LVIII : bassin solide, cal pas palpable).

Reifferschied (obs. LXXII : le cal a 1 centimètre d'épaisseur).

Au dire de tous ces auteurs, les résultats fonctionnels de la pubiotomie sont donc excellents.

Si quelquefois, — rarement du reste, — le cal a été insuffisant, un peu mobile (Calderini, obs. V), ou s'il est resté fibreux (Bar, obs. XL et Porack, obs. XLIII), jamais il n'a empêché le bon fonctionnement des membres inférieurs et, malgré leur cal fibreux ou mobile, les opérées de MM. Calderini, Bar et Porack ont continué à marcher sans éprouver la moindre douleur, et avec la même facilité qu'auparavant.

Nous pouvons donc conclure que les résultats fonctionnels de la section latérale du pubis sont excellents.

### III. — *Résultats vitaux.*

Nous voudrions pouvoir dire que le véritable concert d'éloges qui s'est élevé en faveur de la simplicité, de la sécurité et de la rapidité de la section latérale, n'a été interrompu par aucune note discordante. Malheureusement il n'en a pas toujours été ainsi et nous avons, hélas ! à enregistrer plusieurs cas où la mort a suivi l'opération : ce sont ceux des deux opérées de M. Baumm (obs XVII et XVIII).

Nous ne comptons pas, naturellement, dans la mortalité opératoire, les cas où les parturientes sont mortes de maladies n'ayant aucun rapport avec l'opération : tels les cas de M. Saladino (obs. X) dont la malade est emportée par une fièvre typhoïde contractée dix-huit jours après l'opération ; celui de M. Berry-Hart (Obs. XXV) dont la malade succombe aux suites de la narcose chloroformique ; celui de M. Hohlweg (obs. LIX), dont l'opérée meurt d'une péritonite aiguë d'origine utérine.

Les deux cas déplorables de M. Baumm nous surprennent ; il est assez étonnant qu'à un jour d'intervalle, le même opérateur ait deux insuccès pour une opération réputée comme très simple par tous ceux

qui l'ont pratiquée. Dans son article (1), M. Baumm se contente d'attaquer l'opération qu'il n'a pas réussie : il se reproche d'avoir délaissé la symphyséotomie et d'avoir ainsi causé la mort de ses deux parturientes. Il donne le résultat de ses interventions sans fournir sur elles ni sur les malades aucun détail circonstancié. La condamnation qu'il passe sur la méthode est donc sujette à bien des réserves. De plus, une de ses malades a eu une hémorragie *post-partum* très grave qui a pu être la cause, comme il le dit lui-même, de cette issue malheureuse.

Supposons que ces deux morts soient dues à l'opération. Au mois de mars 1905, M. Gigli rapporte dans un article de la *Presse médicale* (2), qu'il connaît déjà 90 interventions de section latérale; parmi ces 90, beaucoup lui ont été signalées de vive voix ou par correspondance particulière. Si à ces 90 observations, nous ajoutons les 24 que nous connaissons et qui ont été pratiquées depuis le mois de mai 1905 (3), nous obtenons un total de 114 opérations, parmi lesquelles deux seulement — celles de Baumm — se terminent par la mort de la femme des suites de

---

1. Baumm « Beitrag zur pubiotomie nach Gigli ». (*Monatssch. f. Geburtsch und Gynekol*, mai 1903).

2. L. Gigli. « La section latérale du pubis appréciée d'après les résultats fournis par 90 interventions ». *Presse médicale*, n° 42, 27 mai 1905.

3. Ce sont les observations XLVI, XLVII, L, LV et suivantes.

l'intervention : la mortalité de la pubiotomie est donc de 1,75 o/o. Une mortalité de 1,75 o/o est bien peu en comparaison de celle de la symphyséotomie qui était lors de la dernière statistique de 6,71 o/o.

Quant à la mortalité infantile, bien qu'elle soit très peu élevée, nous n'en ferons pas état pour juger de l'opération de Gigli, car cette mortalité dépend de la date de l'intervention beaucoup plus que de l'intervention elle-même.

## CHAPITRE V

### **Pubiotomie et Symphyséotomie**

#### **Avantages de la Pubiotomie**

---

C'est en voyant passer un fœtus à terme, vivant et complet, à travers un bassin rétréci, que M. Gigli remarque la symphyséotomie et qu'il en est émerveillé et « vivement impressionné » ; c'est aussi en voyant « à la suite des symphyséotomies et de ces « opérations seulement, survenir les conséquences « morbides les plus irrégulières et les plus graves » qu'il conçoit l'opération qui porte désormais son nom et qui depuis a été répétée maintes et maintes fois.

Nous ne voulons pas ici critiquer et condamner la symphyséotomie ; cette méthode opératoire a rendu de grands services ; elle a en outre des défenseurs illustres et autorisés par leur grande expérience personnelle. Cependant nous ne pouvons pas terminer notre étude sur la section latérale du pubis sans faire une comparaison rapide de ces deux opérations si peu différentes au point de vue du but qu'elles se proposent, des effets qu'elles produisent et des indications qu'elles exigent.

Nous ne craignons pas de donner toute notre faveur à la section latérale du pubis : elle présente, en effet, sur la symphyséotomie de nombreux et sérieux avantages :

A. — Elle est *plus facile et plus rapide*. La symphyséotomie en effet, exige plus de précautions, elle est plus délicate et demande beaucoup plus d'adresse et de précision ; l'incision des parties molles est aussi simple dans l'une et dans l'autre opération, mais dans la symphyséotomie, elle doit être située exactement sur la ligne sagittale, sinon l'intervention devient plus difficile ; le point capital réside dans la section du cartilage ; il faut, bien au milieu de la symphyse, tomber sur la partie étroite occupée par le fibro-cartilage et sa fissure centrale, et lui faire une incision de 1 centimètre de profondeur en moyenne : « Dans certains cas la section s'opère mal ;  
« c'est qu'au lieu de couper le cartilage on sectionne  
« à l'unisson du cartilage et du tissu osseux, ou bien  
« même le bistouri est à quelques millimètres de l'articulation, et cherche à entamer le pubis. Au lieu  
« d'user de force et de vouloir quand même sectionner, il faut de nouveau contrôler les points de  
« repère et au besoin chercher avec la pointe d'un  
« bistouri l'interligne articulaire à la face antérieure  
« de la symphyse » (1) ; toutes ces incertitudes augmentent d'autant la durée de l'opération.

---

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Loc. cit.*, page 1163.

Dans la pubiotomie, pas de cartilage étroit à rechercher, pas d'incertitudes à avoir, pas de fausse route de l'instrument tranchant à craindre ; qu'on opère à « ciel ouvert » ou par voie sous-cutanée, il suffit, dès que la scie est en place, de quelques allées et venues pour sectionner l'os et le trait de scie peut occuper tout le corps du pubis entre la symphyse et la ligne intertuberculienne, au choix de l'opérateur ; aussi la plupart des auteurs, émerveillés de la rapidité et de la simplicité de la section, l'enregistrent-ils dans leurs observations : Van de Velde (obs. VIII, durée de la section : 15 secondes) ; Meurer (obs. XIII) ; Baumm (obs. XVII et XVIII) ; Dæderlein (obs. XXX, durée de la section : 10 secondes) ; Léopold (obs. XXXVI) ; Bar (obs. XL) ; Schauta (obs. XLV) ; Küttner (obs. XLVI) ; Hohlweg (obs. LVII et LIX) ; Reifferschied (obs. LXI).

B. — La pubiotomie présente plus de *sécurité* que la symphyséotomie ; les hémorragies et déchirures des parties molles qui se produisent dans cette dernière opération sont quelquefois graves et ont même pu causer la mort de quelques opérées.

1<sup>o</sup> *Hémorragie*. — Dans la pubiotomie, l'hémorragie n'a jamais été dangereuse ; si quelquefois l'écoulement de sang est assez abondant (Van de Velde, obs. XXXI), toujours il a été arrêté facilement par la compression et toujours il fut assez peu important pour ne pas causer la moindre complication.

Il n'en est pas de même pour la symphyséotomie : du reste les connexions intimes de la face postérieure

de la symphyse avec le riche plexus veineux de Santorini expliquent bien pourquoi l'hémorragie est plus abondante dans cette opération : plus l'incision est proche du réseau veineux, plus est abondant l'écoulement sanguin ; c'est du reste pourquoi l'incision osseuse de Gigli, allant du bord supérieur de la symphyse au tubercule sous-pubien, s'accompagne d'hémorragie plus sérieuse que l'incision de Van de Velde allant de l'épine du pubis au tubercule sous-pubien. Dans la symphyséotomie, l'incision étant médiane et par conséquent située au niveau même du plexus de Santorini, l'hémorragie sera abondante : M. Dœderlein trouve qu'il s'écoule plus de sang dans la symphyséotomie que dans la pubiotomie (Dœderlein, obs. XX), les résultats le prouvent également :

1° L'hémorragie est forte dans les cas de MM. Baumm d'Oppeln (1), Fochier (2), Krassowski (3), Geuer (4), Büssemaker (5), etc... ;

2° L'hémorragie est incoercible et cause la mort de l'opérée quelques moments après l'intervention dans les cas de MM. Tellier (6) et Treub de Leyden (7) : dans ces deux cas, malgré le tamponnement et la

---

1. Baumm. « Beitrag zur symphyseotomie », *Cent. Bl. f. gynæk.*, 8 avril 1893.

2. *Ann. de gyn.*, avril 1893, p. 356.

3. *Cent. Bl. f. gynæk.*, 4 février 1893.

4. *Cent. Bl. f. gynæk.*, 26 octobre 1895.

5. *Cent. Bl. f. gynæk.*, 15 septembre 1894.

6. *Ann. de gyn.*, avril 1893, p. 321.

7. *Ann. de gyn.*, novembre 1893, p. 377.

compression, l'hémorragie ne cesse pas, et les femmes meurent une demi-heure après la symphyséotomie ;

3<sup>e</sup> Enfin l'hémorragie est foudroyante dans le cas de M. G. Braun (1).

2 *Déchirures des parties molles.* — Comme pour l'hémorragie et pour les mêmes raisons, les déchirures des parties molles sont dans la symphyséotomie plus nombreuses, plus étendues et plus graves que dans la pubiotomie. Dans cette dernière en effet, l'incision, s'éloignant de la symphyse, s'éloigne en même temps des organes voisins (vessie, urèthre, vagin et vulve), et par conséquent les risques que courent ces organes sont moindres.

Dans les 75 cas de pubiotomie que nous connaissons, nous ne relevons que 4 cas de déchirures : ceux de MM. Döderlein (obs. XXVII), Bar (obs. XL), Porack (obs. XLII) et Hohlweg (obs. LVI). Au dire de ces auteurs, les déchirures, si étendues furent-elles, guérissent toujours bien, sans laisser de traces ni de complications.

Dans la symphyséotomie, il se produit des déchirures plus nombreuses et plus graves que dans la section latérale du pubis. Sur 89 cas opérés par M. Pinard, il y eut 8 déchirures du vagin communiquant avec la plaie de la symphyséotomie. M. Jorand, dans sa thèse (2), a pu réunir 49 observations de

---

1. *Cent. Bl. f. gynæk.*, 12 août 1893, p. 752.

2. Jorand. Thèse de Paris, 1896.

déchirures de parties molles parmi lesquelles 32 n'atteignent pas les voies urinaires et 18 se sont accompagnées de blessures de ces dernières. L'urèthre a été atteint 7 fois, la vessie 8 fois ; l'urèthre et la vessie simultanément 3 fois.

Ces déchirures sont parfois si considérables que Jackson (1) dit avoir vu à l'autopsie un cas où la paroi antérieure était tellement déchirée que l'on pouvait passer le doigt jusque dans le vagin.

Du reste plusieurs auteurs redoutent cet accident et trouvent que les déchirures des parties molles constituent un des dangers les plus sérieux de la symphyséotomie tels sont MM. Kufferath (2), Léopold (3).

C. — La symphyséotomie présente des *dangers d'infection* plus grands que la pubiotomie.

Ce gros inconvénient est le résultat du précédent. Plus les déchirures des parties molles sont étendues, plus l'infection est facile : c'est ce qui a lieu pour la symphyséotomie. De plus, la plaie de cette intervention est une plaie articulaire : et les plaies articulaires sont les plus facilement infectables.

Enfin la section latérale à la Dœderlein, par voie sous-cutanée, réduit au minimum ce danger d'infec-

---

1. Jackson. « De la symphyséotomie ». *Boston med.*, 21 février 1895.

2. Kufferath. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles 1894, p. 411.

3. Léopold. *Ann. de Gyn.*, mai-juin 1894.

tion : car les plaies sus et sous-pubiennes réunies, mesurent à peine quelques centimètres.

D. — Quant aux *résultats fonctionnels*, s'ils sont *excellents dans la pubiotomie*, ils ne sont pas toujours aussi favorables dans la symphyséotomie :

1° Des *troubles urinaires* sont souvent observés : on cite des cas de fistules telles les parturientes de MM. Fritsch (1), Schauta (2), Chrobach (3), Pinard (4), Harris (5) : des cas d'incontinence d'urine permanente (Pinard (6), C. Hageman (7), Braun (8) : des cas de cystite, mais cette dernière est aussi peu grave que celle observée à la suite de la section latérale pratiquée par M. Meurer (obs. XIII) : elle guérit quelques jours après l'opération ;

2° Les *troubles de la marche* sont plus redoutables : ils sont assez fréquents et dus au manque de réparation de la symphyse.

Dans la section latérale du pubis, le cal se forme rapidement et la réparation osseuse est parfaite : en général le cal est sensiblement perceptible quelques jours après l'opération et au bout de trois semaines

- 
1. Fritsch. *Cent. Bl. f. Gynæk*, 12 mai 1894.
  2. Schauta. *Cent. Bl. f. Gynæk*, 6 mai 1893.
  3. Chrobach. *Cent. Bl. f. Gynæk*, 10 juin 1893.
  4. Pinard. *Ann. de Gyn.*, janvier 1894.
  5. Harris. *Americ. J. of. Obst.*, décembre 1894.
  6. Pinard. *Ann. de Gyn.*, janvier 1894.
  7. C. Hageman. *Cent. Bl. f. Gynæk*, 9 mars 1895.
  8. Braun. *Cent. Bl. f. Gynæk*, 19 mai et 15 septembre 1895.

en moyenne, les opérées peuvent marcher sans douleur et quitter la clinique : quelquefois même, elles marchent plus tôt : telles sont les parturientes de MM. Van de Velde (obs. V, qui marche après 18 jours) : Dœderlein (XXIII, 14 jours), Léopold (XXXV, 17 jours), Schauta (XLII, 12 jours), Kannegiesser (XLVIII, 12 jours), Reifferschied (obs. LX, 14 jours et obs. LXI, 15 jours).

Si trois fois le cal osseux ne se forme pas ou reste mobile et si la réparation de la brèche reste fibreuse (Calderini, obs. V ; Bar, XL et Porack, XLIII), la marche n'est pas troublée et les opérées vont et viennent comme avant leur pubiotomie, sans gêne et sans douleur.

Tels ne sont pas les résultats de la symphyséotomie : si la plupart du temps la fonction locomotrice n'est pas entravée malgré une légère mobilité qui persiste après presque toutes les opérations, il arrive que les parturientes se ressentent pendant longtemps et quelquefois pendant toute leur vie de leur opération ; plusieurs femmes présentent à leur sortie de l'hôpital ou gardent indéfiniment une démarche vacillante.

Pour les unes, il est encore possible de vaquer à droite et à gauche (Tollemmer (1), Pantaloni (2), Remy (3), Jackson (4)).

---

1. Tollemmer. Thèse de Gotchaux. Paris, 1893.

2. Pantaloni, in Varnier : *Bilan de la symphyséotomie*.

3. Remy. Ibid.

4. Jackson. *Boston med Journ.*, 21 février 1895,

D'autres fois les troubles de la marche sont plus sérieux et retardent la guérison de la malade de deux mois, trois mois et même davantage : quarante-neuf jours, d'après M. Franck (1) ; dix-sept semaines d'après M. Olshausen (2).

Il y a plus encore et quelques femmes sont restées à la suite de leur opération, sinon complètement, du moins partiellement impotentes.

M. Freund (3) cite le cas d'une opérée de huit mois : « Cette femme qui auparavant travaillait dans les champs ne peut plus le faire et doit se borner à faire son ménage, et encore en portant une ceinture sans laquelle elle ne peut rien. »

Tel aussi le cas de M. Binaut (4). Une opérée de M. le professeur Moussous est examinée trois mois après son opération : elle est impotente ; la symphyse paraît manifestement désunie dans sa partie antéro-supérieure : la marche est complètement impossible.

E. — Enfin les *statistiques* elles-mêmes donnent tout l'avantage à la pubiotomie.

En 1893, M. Varnier trouve une mortalité moyenne de la symphyséotomie de 9,67 o/o (sur 124 cas).

En 1896, M. Pinard et ses élèves réunissant leurs

---

1. Frank. *In* Neugebauer, n° 174.

2. Olshausen. *Ann. de Gyn.*, août 1893, p. 147.

3. Mullerheim. *Ann. de Gyn.*, août 1892, p. 129 et Mémoire de Neugebauer, p. 210.

4. Binaut. *Mercredi médical*, 3 avril 1895.

cas opérés depuis 1892 trouvent une mortalité de 10, 14 pour cent.

Au congrès de Rome M. Morisani rassemble 241 cas et M. Neugebauer 278 : l'un trouve une mortalité moyenne de 11, 6 o/o, l'autre de 11, 1 o/o.

La dernière statistique est celle de M. Bar (1). Il a réuni 149 cas : 89 de M. Pinard, 31 de Zweifel, 7 de Kustner et 22 personnels : 10 mères sont mortes, ce qui donne une mortalité moyenne de 6,71 o/o.

Cette mortalité maternelle est grande à côté de celle que nous avons trouvée après la section latérale du pubis et qui ne s'élève qu'à 1,75 o/o.

Nous pouvons donc conclure à l'avantage de la pubiotomie sur la symphyséotomie et nous donnerons notre préférence à la première en nous basant sur :

- 1° La facilité de la section osseuse ;
- 2° La sécurité de l'opération ;
- 3° La rapidité de la consolidation ;
- 4° La solidité du cal ;
- 5° Les résultats immédiats et définitifs de l'opération ;
- 6° Les moindres dangers d'infection ;
- 7° La moindre mortalité maternelle.

---

1. « La symphyséotomie, ses résultats immédiats et éloignés, ses indications relatives par rapport à la section césarienne ». *L'Obstétrique*, juillet 1899.

## OBSERVATIONS

Obs. I (Personnelle) (R. De Bovis). — *Bassin rachitique aplati.*

M<sup>me</sup> D..., vingt-sept ans, couturière à Reims, entre à la Maternité le 14 mars 1904.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Ses parents sont vivants et bien portants. Sa mère, très petite de taille, a eu cinq enfants qui tous, à l'heure actuelle, sont en bonne santé. Ses couches et leurs suites ont été normales, à part une phlébite qu'elle eut après son dernier accouchement.

L'histoire des antécédents personnels de la parturiente nous apprend qu'elle a commencé à marcher de très bonne heure, à dix mois, mais que bientôt après, elle a été arrêtée pour ne marcher définitivement qu'à l'âge de sept ans : toute jeune elle a eu des convulsions.

Le père est en bonne santé ; il n'a eu comme maladie qu'une attaque de rhumatisme pluriarticulaire l'an passé.

M<sup>me</sup> D... a été réglée très jeune, à huit ans : depuis, ses règles sont régulières, peu douloureuses, assez abondantes et durent en général cinq à six jours.

Secondipare, elle n'a jamais eu de pertes blanches ni avant ni pendant ses grossesses. Enceinte pour la première fois en 1901, elle est venue à la Maternité au septième mois de sa gestation, Examinée par M. De Bovis, celui-ci découvre qu'elle

a un rétrécissement du bassin d'origine rachitique et il provoque l'accouchement quinze jours après, le 10 décembre 1901. Cependant le fœtus est déjà trop gros pour l'étroitesse du bassin, il faut faire une embryotomie (Maternité de Reims, Année 1901, obs. 453).

*Examen du 15 mars 1903.* — La femme est de petite taille et présente les lésions osseuses caractéristiques du rachitisme : cage thoracique déformée, chapelet chondro-costal, gibbosité, jambes en parenthèses.

L'abdomen forme une saillie moyenne et présente de nombreuses vergetures, récentes et anciennes.

Le fœtus se présente par le sommet en position gauche antérieure.

Au toucher, on atteint le promontoire ; la mensuration du diamètre promonto-sous-pubien donne une longueur de 8 cm. 5 environ ; le diamètre promonto-pubien minimum est donc d'environ 7 cm. 5 ; nous avons donc affaire à un bassin rétréci.

Le diagnostic posé est le suivant : grossesse à terme avec présentation du sommet, en position gauche, variété antérieure, chez une secondipare à bassin vicié par rachitisme.

Le pronostic semble défavorable pour la mère et pour l'enfant. On se demande alors si on ne pratiquera pas de nouveau l'accouchement prématuré, comme en 1901 ; mais sur les instances de la mère désireuse d'avoir un enfant vivant, on décide l'expectation, tout en étant prêt à intervenir si le travail se déclare.

La rupture naturelle des membranes se produit le 11 avril à midi et le travail commence le lendemain 12 à la même heure. La femme est transportée à la salle de travail ; depuis que la

poche des eaux est rompue, on fait de fréquentes injections vaginales ; la dilatation est d'environ 1 centimètre ; les douleurs sont violentes.

A 2 heures 1/2, la dilatation est de 3 centimètres.

A 4 heures, le col est dilatable, quoique la dilatation ne soit que de 5 à 6 centimètres. C'est le moment que choisit M. de Bovis pour intervenir.

La femme, transportée sur la table d'opération, est mise en position gynécologique : l'interne de garde, M. Prudhomme donne le chloroforme, deux aides placés de chaque côté de la parturiente sont spécialement chargés d'exercer l'un vers l'autre une contre-pression iliaque, dès que la pelvitomie sera effectuée ; M. de Bovis se place entre les cuisses de la femme.

Après avoir rasé et désinfecté rigoureusement le mont de Vénus et les parties voisines, l'opérateur fait du côté gauche une incision cutanée d'environ 8 centimètres, allant du tubercule du pubis au tiers inférieur de la grande lèvre. L'incision des parties molles s'arrête à la couche fibro-périostique recouvrant les os. N'ayant pas d'aiguille ni de conducteur approprié pour contourner le pubis, l'opérateur prend un grand clamp, d'un modèle ancien, et dont la courbe, très accentuée, rappelle celle d'un cathéter d'homme. Il l'enfonce par l'extrémité supérieure de la plaie, au ras du tubercule du pubis, et, toujours rasant l'os, il le glisse jusqu'au bord inférieur de la branche descendante du pubis ; sur sa pointe, il décolle les tissus fibro-périostiques, fait saillir le bec, y accroche la scie et retire le tout : les poignées sont attachées et en 7 à 8 traits de scie, en vingt-cinq secondes environ, l'os est sectionné : il se produit alors entre les fragments un écart de 2 à 3 centimètres.

Aussitôt la section achevée il se produit une hémorragie veineuse d'abondance moyenne ; allant au plus pressé, M. de Bovis enfonce un tampon dans la plaie pour s'occuper de l'enfant ; au moment où il allait saisir le forceps pour en faire une application, il s'aperçoit que la tête s'est déjà engagée ; quelques minutes après, l'accouchement se termine spontanément.

L'enfant est en état d'asphyxie blanche et il ne faut pas moins d'un quart d'heure pour le ranimer ; c'est une fillette de 2.700 grammes.

L'opérateur revient alors à la plaie, elle ne saigne plus. Les aides resserrent le bassin, mais, malgré tous leurs efforts, il reste entre les fragments un écart d'un petit centimètre. La plaie est ensuite suturée au fil d'argent : toute l'épaisseur des parties molles et les tissus fibro-périostiques sont compris dans la même anse. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie et une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Puis, au-dessus du pansement ouaté, M. de Bovis, à défaut de ceinture élastique, applique un bandage plâtré maintenu par une grosse ceinture de coutil pendant la dessiccation. La malade est couchée, les cuisses liées au-dessus des genoux et légèrement relevées.

*Suites de couches.* — Les résultats de l'opération sont des plus satisfaisants et les suites remarquablement bonnes : pas de fièvre, la température maxima ayant été de 37° 7.

Le 25 avril (treizième jour) le bandage plâtré est enlevé et la malade commence à se coucher soit à droite, soit à gauche.

Dès le huitième au dixième jour, on peut déjà refouler les deux crêtes iliaques l'une vers l'autre, sans causer à la malade

de douleur un peu vive ; vers le quinzième jour, au toucher, c'est à peine si l'on réveille une légère sensibilité du côté du cal qui est tellement petit qu'il est presque impossible de le sentir. Au bout de trois semaines, la malade se lève ; la plaie opératoire s'est réunie *per primam*.

Le seul incident à noter est une petite eschare à la partie moyenne de la fesse ; un peu de vaseline boriquée et une compresse de gaze iodoformée guérissent cette petite plaie en quelques jours.

Le 6 mai, la malade avec son enfant sortent de la maternité : elle est complètement guérie.

M. de Bovis fait radiographier la malade vingt-cinq jours après sa pubiotomie : c'est à peine si le cal est visible ; l'épreuve obtenue montre simplement à l'endroit de la section osseuse une ligne moins foncée que le reste du pubis.

La radiographie permet en outre de constater, comme la mensuration l'avait déjà indiqué, que le côté du bassin opéré a conservé un léger agrandissement ; la distance allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis atteint 15 centimètres du côté opéré contre 14, 25 centimètres du côté opposé.

Revue récemment, cette opérée présente une petite hernie au niveau de l'épine du pubis ; elle passe probablement à travers les fibres du canal inguinal et des aponévroses abdominales écartées et dissociées par suite du léger écart des fragments.

OBS. II (personnelle) (De Bovis). — *Bassin rétréci et oblique ovalaire (?) par atrophie congénitale*. — (*Amputations congénitales*).

M<sup>me</sup> Camille D... « artiste », âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital le 22 juin 1904.

*Antécédents héréditaires.* — Son père est mort d'affection inconnue.

Sa mère est vivante et bien portante : elle a eu six enfants dont trois sont vivants et trois morts : l'un aussitôt sa naissance, l'autre d'hémorragie, le troisième a été écrasé dans un accident.

La mère a eu une grossesse gémellaire ; de ces deux jumeaux l'un est mort, l'autre est vivant, c'est la malade actuelle.

Ses accouchements et suites de couches ont été normaux.

*Antécédents personnels.* — Elle est venue au monde difforme et n'a jamais été malade ; elle marche depuis l'âge de quatorze ans avec une jambe artificielle. Son mari(?) est de petite taille, mais sans difformité et bien portant.

*Antécédents obstétricaux.* — Réglée à douze ans, ses règles sont depuis ce temps régulières et durent pendant trois jours ; elle est enceinte pour la seconde fois ; elle a accouché la première fois en 1903. Etant à Reims dans une roulotte sur la place Drouet-d'Erlon, où elle s'exhibe comme « femme-tronc » elle est prise de douleurs. Le Dr Hoël appelé fait une application de forceps qui reste infructueuse. Amenée à la Maternité, M. de Bovis pratique une basiotripsie, l'enfant ayant succombé. Les parents espéraient, paraît-il, un enfant difforme comme la mère, afin de continuer et de faire prospérer le commerce !

*Grossesse actuelle.* — Les dernières règles remontent au 22 septembre 1903 ; à part quelques palpitations, la durée de la gestation s'est passée sans incident.

*Examen du 22 juin. Inspection.* — La parturiente est blonde, petite (1 m. 40) et n'a qu'une jambe, la gauche. Pour tout autre membre, — si on peut donner le nom de membre à

ce que nous allons décrire; — elle a deux moignons de bras, longs de 15 à 20 centimètres et un moignon de cuisse, tellement court qu'on croirait cette femme désarticulée jusqu'à la hanche : c'est un cas d'amputations congénitales et la femme s'exhibe sur les foires sous le nom de « femme-tronc ».

Le membre inférieur gauche est incurvé comme un membre rachitique ; ce défaut provient de ce que le tibia fut cassé au cours de l'accouchement ; le pied gauche n'a que quatre orteils. Il n'y a ni œdème, ni varice ; les urines ne contiennent pas d'albumine.

*Palper.* — Le fœtus se présente en O. I. G. A.

*Auscultation.* — Le foyer d'auscultation se trouve à mi-chemin d'une ligne allant de l'ombilic au pubis.

*Toucher et mensuration.* — Les organes génitaux sont normaux. Le diamètre bi-iliaque est de 18 centimètres. La distance séparant l'épine iliaque antéro-supérieure du pubis semble à peu près le même des deux côtés, mais une radiographie ultérieure démontre que la moitié droite du bassin est légèrement atrophiée. Le détroit supérieur a donc une forme légèrement oblique ovalaire.

Le diamètre promonto-pubien minimum mesure 7 cm. 5.

Le 26 juin 1904, à 7 heures du soir, la poche des eaux se rompt.

Le 27, à 1 heure du matin, le col est long de 1 à 2 centimètres, la dilatation est de 1 centimètre. Au toucher, on sent la tête avec la fontanelle postérieure. Les douleurs sont vives et les contractions fortes, mais espacées. La température est de 38°8.

A 6 heures 1/2, la température est de 38°1.

A 8 heures, le col est toujours le même ; la bosse séro-san-

guine est grosse comme une petite noix, la tête ne s'engage pas, mais elle est fixée. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

A 11 heures du matin, M. De Bovis fait une pubiotomie à droite, par voie sous-cutanée, suivant le procédé de Deederlein. Bien que la position du fœtus soit O. I. G. A., la section est faite à droite : c'est en effet le côté où se trouve l'amputation de la cuisse : après avoir rasé le pubis et fait l'antisepsie rigoureuse de l'endroit à opérer, on fait, au niveau de l'épine du pubis, une incision horizontale de 2 centimètres environ ; avec l'index comme guide, on passe un fort clamp derrière la ceinture pelvienne, en rasant le plus possible la face postérieure de l'os. Le bec du conducteur vient faire saillie au niveau du sillon génito-crural, à 3 centimètres environ au-dessous du pubis : à cet endroit on fait une incision de 1 centimètre, parallèle à la grande lèvre ; on saisit la scie entre les mors du clamp, on retire le tout et on procède à la section osseuse ; rapidement et avec une extrême facilité la ceinture pelvienne est divisée. L'hémorragie, peu abondante, est arrêtée bientôt par la compression. L'écart immédiat est de 2 centimètres ; mais la tête ne s'engage pas spontanément et il faut faire une application de forceps sur cette tête placée en O. I. G. A. au détroit supérieur : à ce moment, l'écart ne dépasse pas 3 à 4 centimètres ; cependant, l'extraction est facile, et l'enfant, légèrement asphyxique, est aisément ranimé : il pèse 2.900 grammes. Sa tête est légèrement aplatie à gauche, sans doute par suite de la pression du promontoire et des dernières vertèbres lombaires de la mère.

Les diamètres de cette tête sont les suivants :

Bi-pariétal : 10 centimètres ;

Occipito-frontal : 12 centimètres ;

Occipito-mentonnier : 13 centimètres  $1/2$  ;

Sous-occipito frontal : 10 centimètres  $1/2$  ;

Sous-occipito bregmatique : 10 centimètres ;

Bi-temporal : 9 centimètres.

Aussitôt l'extraction de l'enfant, M. De Bovis suture la plaie sus-pubienne et place un drain dans l'incision inférieure ; puis il applique autour du bassin un bandage plâtré recouvert d'une forte ceinture.

Les suites de l'opération sont encore plus simples que dans l'observation I. Bien que pendant le travail la température rectale ait atteint  $38^{\circ}8$ , durant les suites de couches la température axillaire ne dépasse pas  $37^{\circ}7$ .

Au neuvième jour, l'appareil plâtré est enlevé ; il n'a pas été bien réussi et n'a que très imparfaitement rempli son rôle.

Dès le lendemain, au dixième jour, l'accouchée s'assoit sans autorisation sur son lit, les hanches soutenues simplement par deux sacs de sable. Malgré cette attitude assez imprudente, à une époque aussi rapprochée de l'opération, la consolidation est parfaite au point de vue de la solidité du bassin, comme le démontrent le toucher et le palper. Cependant, l'écart entre les deux distances ilio-pubiennes est cette fois de 15 millimètres, et, sur la radiographie, les deux fragments semblent un peu moins exactement coaptés que dans le premier cas.

Après quelques mois, M. de Bovis reçoit des nouvelles de cette seconde opérée ; elle est aussi « ingambe » — si l'on peut employer cette expression, en parlant d'elle — que jadis...

OBS. III (Inédite). — De Bovis. *Bassin rachitique aplati*.

Augustine B..., trente-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 12 mai 1905 à 5 heures  $1/2$  du soir.

Elle n'a marché qu'à cinq ans et a contracté la syphilis à seize ans. Son mari est alcoolique.

Réglée à onze ans, elle est régulière et perd pendant trois jours.

Elle en est actuellement à sa sixième grossesse. Parmi les précédentes, aucune n'a laissé d'enfant vivant, bien que trois au moins aient été traitées par l'accouchement prématuré provoqué : il a toujours fallu en finir par la basiotripsie, notamment dans un cas où l'accouchement prématuré provoqué fut suivi de version prophylactique.

Elle arrive en travail le 12 mai 1905 à 5 heures 1/2 du soir. C'est une femme très petite, 1 mètre 40 tout au plus, marchant assez alertement en temps normal, mais avec un balancement latéral très marqué. Elle porte les stigmates habituels du rachitisme, surtout aux membres inférieurs, déformés et inégalement grands.

Le fœtus est en O. I. G. A, la poche des eaux fortement distendue la tête est haute, presque inaccessible au toucher.

Le col, effacé, a 2 à 3 centimètres de diamètre.

Le toucher donne un diamètre promonto-sous-pubien de 7 cm. 5 seulement ; à s'en référer à ce chiffre, le conjugué vrai ne serait que de 6 tout au plus.

A 9 heures du soir, le ramollissement du col et sa dilatabilité paraissent suffisants. On fait une pubiotomie gauche, à la Döderlein, c'est-à-dire par la voie sous-cutanée : mais l'incision osseuse est faite à la Gigli ; en effet, elle va du bord supérieur et presque médian de la symphyse au tubercule sous-pubien. Cette section osseuse saigne avec une certaine abondance, elle est tamponnée.

La poche des eaux, jusque-là intacte, est rompue artificielle-

ment et, dans la crainte que le forceps ne rencontre trop de difficulté, vu l'étroitesse du rétrécissement, on a recours, aussitôt après la rupture des membranes, à la version et l'extraction du fœtus. Ce dernier, un garçon de 3 kilogrammes est vivant et bien conformé.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| Occipito-mentonnier. . . | 13 1/2 |
| Bi-pariétal. . . . .     | 9      |
| Bi-temporal. . . . .     | 8      |
| Mento-bregmatique. . .   | 9 1/2  |

On place un bandage plâtré autour du bassin, on draine la plaie inférieure et on met une sonde à demeure dans la vessie.

Le quatrième jour, le plâtre est ôté, car il s'est ramolli et la malade s'en plaint ; il est remplacé par une simple ceinture de gymnaste, le bassin étant soutenu de chaque côté par des sacs de sable.

Les suites de couches sont tout à fait normales. Le premier jour, la température s'élève à 37°5 et les jours suivants elle reste au-dessous de 37 degrés.

Le 28 mai, c'est-à-dire le sixième jour, l'opérée s'assoit dans un fauteuil : elle se plaint seulement de souffrir un peu dans l'articulation sacro-iliaque. Le 1<sup>er</sup> juin, elle marche un peu.

Le 10 juin elle quitte la Maternité.

A sa sortie on pratique l'examen du bassin et on trouve que la longueur de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis est, du côté droit, de 15 centimètres et du côté gauche de 15 cm. 5.

Le cal se perçoit légèrement par le toucher vaginal, mais il reste insensible à la pression.

**Année 1897**

OBS. IV. — Bonardi (*Ann. di ostet. e gynecol.*, janvier 1898).  
III<sup>e</sup>-pare, vingt-deux ans.

*Antécédents.* — Premier accouchement : embryotomie.

Deuxième : spontané ; enfant petit, non vivant.

*Examen.* — Naine, bassin aplati ; conj. vera : 7.

A terme O.I.G.A.

Opérée le 7 mai ; pubiotomie gauche. Hémorragie légère.  
Ecart de 0.05 pendant l'extraction. Enfant vivant : 3.200 grammes.

Suites de couches bonnes. Température : 38°3. Tuméfaction légère de la grande lèvre gauche. Levée le vingt-cinquième jour.

**Année 1899**

OBS. V. — Calderini (*Ann. di ostet. e gynecol.*, juin 1900)

VI<sup>e</sup>-pare, 36 ans.

Bassin plat. Conj. vera : 8.

A terme O.I.G.A.

Après une application infructueuse de forceps en position de Walcher, pubiotomie gauche ; section presque verticale, mais un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Enfant légèrement asphyxique 3000 grammes. Bi-pariétal : 10.

Bandage amidonné.

Suites de couches bonnes. Température 38°6. Les premiers jours, œdème de la jambe gauche. Au douzième jour, hématome

et douleur. Malgré une légère mobilité de la symphyse, marche bien.

### Année 1901

OBS. VI. — Van de Velde (*Central. Bl. für Gynækol.*, 13 septembre 1902).

II<sup>e</sup>-pare, 28 ans. Premier accouchement spontané ; enfant petit, mort ultérieurement.

Bassin plat. Conj. vera : 8,5.

A terme O.I.D.T. Anneau de Bandl très perceptible. Poche des eaux rompue. Dilatation de cinq à six centimètres.

Le 24 septembre, on pratique la dilatation rapide du col à la Bonnaire. Version infructueuse en position de Walcher. Pubiotomie droite. Hémorragie moyenne. Ecart de 4 1/2 à 5 centimètres. La tête s'engage. Forceps. Bi-pariétal : 11.

Suture cutanéopériostique. Drainage.

Suites de couches. Phlegmatia alba dolens légère.

Levée au dix-huitième jour.

Pas de troubles urinaires. En avant le cal est gros et perceptible.

Redevenue enceinte ; grâce à l'élargissement du bassin, elle a pu être délivrée d'un enfant pas trop gros par version dans la position de Walcher. Le cal est maintenant imperceptible. (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 30 juillet 1904).

**Année 1902**

Obs. VII. — Gigli (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e gynecol.*, mai 1902).

II<sup>e</sup>-pare, vingt-neuf ans. Premier accouchement prématuré.

Bassin rachitique. Conj. vera : 7.

Le 3 avril, pubiotomie gauche. Le porte-fil est guidé par le doigt placé dans le vagin. Forceps au détroit supérieur. Enfant normal.

Bandage amidonné.

Au huitième jour, remue les jambes.

Au vingtième jour, ablation de l'appareil.

Obs. VIII. — Van de Velde. (*Cent. Blatt. für Gynæk.*, 1902, n° 37).

IV<sup>e</sup>-pare, trente-trois ans ; premier accouchement spontané ; enfant petit mort ultérieurement.

Deuxième accouchement prématuré à 8 mois en position de Walcher ; cet accouchement est pénible. Enfant vivant.

Troisième accouchement à terme. Version et extraction d'un enfant mort.

Bassin plat, rachitique, 7,5. Sommet à droite. Pas d'engagement. Dilatation complète. Poche des eaux intactes.

Le 23 juillet, pubiotomie gauche, parce qu'il y a un petit kyste de Bartholin à droite et parce que Van de Velde compte faire la version.

La section dure quinze secondes. Légère hémorragie arrêtée

par le tamponnement. Version. Ecart de 5 cm. 1/2. Manœuvre de Mauriceau. La tête est tournée au delà de la ligne médiane vers la droite afin de ne pas blesser les parties molles que ne soutient plus la ceinture osseuse. Petite hémorragie *post partum*. Suture cutanéopériostique ; de cette façon les muscles concourent à rapprocher les os. Bande élastique. Jambes relevées un peu avec des sacs de sable.

Au sixième jour, température 38°5.

L'accouchée est constipée intentionnellement.

Sonde à demeure. La bande élastique est enlevée le septième jour.

OBS. IX. — Scarlini (*Boll. della Soc. toscana di ostet. et gynecol.*, novembre-décembre 1902).

I-pare, trente ans.

Bassin plat. Conj. vera = 8 à 8 cm. 5.

A terme. Après quarante-huit heures de travail, poche rompue, tête au détroit supérieur. Forceps infructueux en position de Walcher.

21 août. — Pubiotomie. Légère hémorragie veineuse. Enfant de 3050 grammes à demi asphyxique.

Appareil dextriné.

Un peu de fièvre les deux premiers jours. Ablation de l'appareil au dix-neuvième jour.

*Nota.* — Au Congrès d'Amsterdam, Pestalozza pense que l'opération est contre-indiquée chez les primipares.

OBS. X. — Saladino (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e gynecol.*, novembre-décembre 1902).

V-pare, trente-deux ans.

Deux craniotomies. Un accouchement prématuré, enfant petit meurt et un accouchement artificiel prématuré à huit mois ; enfant mort.

Bassin plat, rachitique. Conj. vera : 7 cm. 8.

A terme. Dilatation complète, poche rompue.

16 septembre. — Pubiotomie à la Gigli. Hémorragie. Forceps. La tête descend lentement. Enfant, 2920 grammes.

Bandage amidonné.

La parturiente avait un peu de fièvre au moment de l'opération : 38°4. Cette fièvre disparaît peu à peu.

Au vingt-cinquième jour, fièvre typhoïde.

Mort le quarante-troisième jour.

OBS. XI. — Pestalozza. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e gynecol.*, novembre-décembre 1902, p. 161).

VII-pare, trente-quatre ans. Les six premiers accouchements se sont terminés comme il suit : deux prématurément, les quatre autres à terme : au deuxième accouchement, enfant petit vivant.

Troisième accouchement : forceps, enfant mort.

Quatrième accouchement : monstre.

Cinquième accouchement : craniotomie.

Sixième accouchement prématuré : enfant mort.

Bassin généralement rétréci ; conj. vera : 8 cm. 5.

A l'examen, on trouve apparemment un gros enfant dont la tête est mobile au détroit supérieur.

A terme : O. I. D. T.

29 septembre. — Pubiotomie gauche à la Gigli. Accouchement terminé par une application de forceps en O. I. D. T. en position de Walcher. Peu d'hémorragie.

Sutures cutanées, pas de drainage.

Enfant vivant, mâle, 3.850 grammes.

Au douzième jour, la température est normale. La réparation osseuse est parfaite.

Au vingtième jour, l'enfant a des convulsions et meurt.

Obs. XII. — Pestalozza. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e gynecol.*, novembre-décembre 1902).

III-pare, trente-huit ans.

Premier accouchement : forceps et enfant mort, 3800 grammes.

Deuxième accouchement spontané, enfant petit.

Bassin généralement rétréci ; conj. vera : 8 centimètres.

Après huit heures de travail, on fait une application de forceps au détroit supérieur : échec.

27 octobre. — Pubiotomie gauche à la Gigli : hémorragie minime ; suture cutanée profonde. Pas de drainage.

Au deuxième jour la température est de 38 degrés.

Au septième jour la plaie guérit *per primam*.

Au vingtième jour, réparation parfaite et solide.

*Nota.* — Après cette opération, Pestalozza réclame un porte-scie solide. Il trouve l'hémorragie

bien plus faible que dans la symphyséotomie. Il insiste sur les difficultés que présente le passage correct de la scie par la méthode de Gigli, entre les muscles grands droits, et sur la blessure ou la contusion possible de la vessie : on évite cet accident en glissant le doigt derrière le pubis et en décollant la vessie. — Avec la méthode de Gigli, la blessure du corps caverneux paraît impossible à Pestalozza. Il plaide pour l'union aussi parfaite que possible de l'os et non pour l'élargissement du bassin comme le veut Pinard dans la symphyséotomie.

A la suite de cette observation, Pestalozza dit avoir déjà opéré sept parturientes (1).

Obs. XIII. — Meurer. *Fizdschrift vrór Genuskunde*, 1903 n° 23.

VI<sup>e</sup>-pare, trente-trois ans.

Premier accouchement spontané, enfant mort.

Deuxième accouchement spontané, enfant vivant.

Troisième accouchement, enfant mort.

Quatrième et cinquième accouchements, prématurés, enfants vivants.

Bassin rachitique. Conj. vera : 8 cm. 5. A terme.

Les contractions fortes et continues de l'utérus n'amènent aucun changement dans la dilatation : il y a des menaces de rupture. Application de forceps infructueuse.

---

1. Pestalozza *Zent. Bl. f. Gynækol*, 24 janvier 1903.

Le 21 novembre, pubiotomie à la Van de Velde, mais l'aiguille porte-fil est trop courte et n'a pas une assez grande courbure ; son introduction est difficile. Le pubis est sectionné en quelques secondes ; pendant la durée de l'opération, l'hémorragie est minime. Bandage plâtré, sonde à demeure.

Enfant légèrement asphyxique : 3450 grammes.

Pendant les suites de couches, fièvre légère : 38° 3 et cystite bénigne. Levée le vingt et unième jour.

### Année 1903

OBS. XIV. — L. Meyer (*Cent. Bl. f. Gynækol.*, 1903, n° 13).

II-pare, vingt-quatre ans.

Premier accouchement instrumental.

Bassin rachitique généralement rétréci. Conj. vera : 7 à 7,5.

A terme O. I. G. A. Poche des eaux rompue, anneau de Bandl perceptible.

6 janvier. — Pubiotomie droite : Incision verticale. L'aiguille porte-fil est introduite de haut en bas, un doigt servant de guide par en bas.

Ecart de 5 centimètres pendant l'extraction du fœtus au forceps. L. Meyer fait une suture osseuse et draine la plaie cutanée.

Enfant vivant de 3.700 grammes.

Les suites de couches sont bonnes, quoique la température se soit élevée deux fois jusqu'à 38°1. Au dix-septième jour, le bassin paraît solide, le cal est peu volumineux. Cependant la

parturiente garde le lit par prudence jusqu'au vingt et unième jour.

La section osseuse s'est réparée sans saillie apparente.

*Nota.* — Après cette observation, Meyer comparant cette opération à quatre symphyséotomies qu'il a pratiquées se prononce en faveur de la première.

Obs. XV. — Pestalozza (cité par M. Guicciardi, *Boll. della. Soc. toscana*, n° 4, avril-mai 1903).

V-Pare.

Les quatre premiers accouchements sont laborieux; les quatre enfants sont morts.

Bassin rachitique. Conj. vera : 8,7.

Fœtus à terme en O.I.D.T.

La poche des eaux est rompue : une application de forceps au détroit supérieur reste infructueuse.

3 mars 1903. — Pubiotomie gauche : l'incision est presque verticale. Au passage du fœtus, l'écart est de 5 centimètres. L'accouchement est terminé par une application de forceps.

L'opérateur fait des sutures profondes et superficielles et place une sonde à demeure.

L'enfant est vivant : 3,750 grammes.

Bi-pariétal : 10.

Pendant la première journée, les urines sont légèrement teintées de sang : Pestalozza pense que ce sang est le résultat de la compression de la vessie par la tête du fœtus.

Au vingtième jour, réparation osseuse parfaite. La femme quitte le lit.

Obs. XVI. — L. Ferrari (*Boll. della Soc. toscana*, avril-mai 1903, n° 5).

II-pare, trente-deux ans.

Premier accouchement prématuré artificiellement : enfant vivant.

Bassin plat. Conj. vera : 7,5.

Après des contractions douloureuses qui durent toute une nuit, la dilatation du col augmente à peine : la présentation ne progresse pas elle est toujours mobile au détroit supérieur.

Le fœtus est à terme en position O. I. D. P.

Le 3 avril, pubiotomie gauche ; incision verticale commençant à 2 centimètres environ de la ligne médiane.

Accouchement terminé au forceps. Pendant le passage de la tête, l'écart est de 4 centimètres.

La femme urine spontanément.

Elle n'a pas de fièvre.

Elle se lève guérie le vingtième jour.

Obs. XVII et XVIII. — Baumm (*Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, mai 1903).

Il rapporte les cas de deux parturientes opérées deux jours se suivant : les indications de l'opération sont les mêmes que pour la symphyséotomie.

L'incision de la peau est faite à gauche de ligne médiane ; l'hémorragie est plus considérable que lorsqu'on incise au milieu le mont de Vénus ; il coupe avec une assez grande difficulté des expansions aponévrotiques et des muscles. Il en résulte un assez abondant écoulement de sang ; des vaisseaux sont sectionnés

et se retirent de leur gaine (quels vaisseaux ?) on ne peut alors ni les voir ni les saisir... L'hémorragie ne peut être arrêtée que grâce au tamponnement qui naturellement retarde la marche de l'opération. La scie-fil est passée avec l'aide d'une sonde d'homme en forme de S ; la section osseuse, assez facile et rapide, est terminée en quelques secondes ; deux enfants se présentant par le sommet naissent vivants et bien portants.

Mais Baumm trouve le moyen dans l'un et l'autre cas de faire éclater le vagin, il ne peut éviter les déchirures des parties molles pendant la section osseuse et la plaie du vagin communique, avec celle de l'hébotomie. Dans le deuxième cas, la vessie est dilacérée.

Les deux malades meurent d'infection : l'une d'elles a une grave hémorragie *post partum*, de sorte qu'il est nécessaire de faire la délivrance artificielle et un tamponnement de l'utérus : la mort de cette parturiente est peut-être causée par la grande perte de sang due à cette hémorragie.

A la suite de cet insuccès, M. Baum dit en faisant le parallèle de la pubiotomie et de la symphyséotomie : « Nous avons  
« deux gros fragments osseux vasculaires (pubiotomie) au lieu  
« de deux fragments pauvres de sang. Il y a donc plus grande  
« possibilité d'infection : on n'aurait pas eu ces deux échecs  
« avec la symphyséotomie. »

OBS XIX. — A. Roster (*Boll. della Soc. toscana*, juillet 1903 n° 7).

II-pare.

Bassin cypho-scoliotique. Conj. vera : 7,5.

Le fœtus est à terme.

La rupture des membranes est précoce, la tête est mobile au détroit supérieur.

Le 25 juin, pubiotomie gauche. Il se produit une légère hémorragie veineuse. L'accouchement est terminé au forceps ; au passage de la tête, l'écart est de 5 centimètres.

Enfant vivant : 3650 grammes.

Les côtés du bassin sont maintenus par un bandage amonné.

Les jours qui suivent l'opération, la parturiente ressent une vive douleur de la région sacro-iliaque droite à ce point qu'elle croit avoir été taillée de ce côté.

Pas de fièvre.

La guérison est effectuée au vingtième jour.

Obs. XX. — A. Dæderlein (*Arch. f. Gynæk*, Bd. LXII, p. 284).

I-pare.

Bassin plat. Conj. vera : 9 centimètres.

Après quarante-deux heures de travail une application de forceps reste infructueuse.

L'enfant est à terme en position O. I. G. A.

Le 26 juillet, pubiotomie à la Van de Velde ; l'aiguille porte-fil est passée de haut en bas ; l'écoulement de sang est moindre que dans la symphyséotomie.

L'accouchement est terminé par une application de forceps. L'enfant sort par le front. Au passage de la tête, l'écart est de 2 à 3 travers de doigt.

La plaie est drainée et la peau suturée.

L'enfant pèse 3670 grammes.

Dès les premiers jours qui suivent l'accouchement, la température s'élève à 40°4 ; cette fièvre est due à l'infection utérine. Malgré cela le quatorzième jour il y a un gros cal et le vingt-deuxième jour la parturiente se lève.

*Nota.* — Après cette opération, Dœderlein pense qu'on pourrait faire l'ostéotomie par voie sous-cutanée : on garderait ainsi les parties molles au-dessus de la brèche osseuse et l'écart serait moins grand et, partant, moins dangereux.

Obs. XXI. — Torporski, (cité par G. Arndt. *Cent. Bl. f. Gynækol*, 5 décembre 1903, n° 49).

II<sup>e</sup>-pare, trente-six ans.

Dans le premier accouchement, le fœtus se présente par le siège et est extrait artificiellement.

Bassin aplati. Conj. vera: 8,5.

La poche des eaux est rompue et le liquide amniotique est fétide.

Après vingt-quatre heures de travail laborieux, la tête est au détroit supérieur: il est impossible d'engager le tête, même en position de Walcher. La température de la parturiente est de 38 degrés.

Le fœtus est à terme et se présente par le sommet.

La parturiente voulant avoir un enfant vivant, le 14 septembre on fait une pubiotomie gauche, à la Van de Velde : il se produit une légère hémorragie veineuse.

Une application de forceps au détroit supérieur amène un enfant vivant de 4.500 grammes ; pendant son passage, l'écart est de trois travers de doigt.

La plaie est fermée avec un double plan de sutures.

Sonde à demeure, enlevée le troisième jour.

Au vingt-cinquième jour la femme se lève.

La réparation osseuse est parfaite et le cal formé est perceptible.

OBS. XXII. — A. Döderlein. (*Arch. f. Gynæk.* Bd. 72, p. 286).

II-pare, trente-huit ans.

Au premier accouchement, basiotripsie.

Bassin plat. Conj. vera: 7,8.

Après dix-sept heures de travail, la tête est toujours mobile.

Le fœtus est à terme et se présente en O.I.G.A.

Le 18 septembre, pubiotomie gauche par voie sous-cutanée. L'hémorragie est légère. Un enfant de 3.150 grammes est extrait au forceps. Pendant son passage, l'écart est de un et demi à deux travers de doigt.

La plaie est drainée par l'incision haute et par l'incision basse.

Du troisième au douzième jour, la température est élevée; elle a pour cause probable l'infection utérine.

Au quatorzième jour on perçoit nettement un cal.

Au trentième jour, la mère et l'enfant quittent la clinique.

OBS. XXIII. — A. Döderlein (*Arch. f. Gynæk.* Bd. 72, p. 288).

I-pare, dix-neuf ans.

Treize heures de travail n'amènent aucun changement dans l'accouchement.

Bassin plat, conj. vera : 7,7.

L'enfant est à terme en O.I.G.A.

Dœderlein hésite à faire l'opération parce qu'il craint de déchirer les parties molles, qui chez les jeunes primipares sont résistantes et peu élastiques.

Pourtant, le 25 septembre, il fait une pubiotomie sous-cutanée du côté gauche. L'hémorragie est faible ; une application de forceps est faite, mais l'accoucheur éprouve une grosse difficulté pour attirer le fœtus. Celui-ci naît très asphyxique ; il est cependant ranimé, mais meurt au bout de quelques heures, il pèse 3080 grammes.

Les suites de couches présentent un peu de fièvre 38°6, la femme se lève le quatorzième jour et quitte la clinique au bout de la troisième semaine.

OBS. XXIV. — A Dœderlein (*Arch. f. Gynæk.* Bd. 72 p. 289).

III-pare, vingt-quatre ans.

Premier accouchement : spontané ; enfant vivant.

Deuxième accouchement : basiotripsie.

Bassin généralement rétréci ; conj. vera : 8,5.

L'enfant, à terme, se présente par le sommet en position droite.

Le 22 novembre, après douze heures de travail, on fait une pubiotomie sous-cutanée. Un enfant de 3650 grammes est extrait par version. Au lieu d'une ceinture élastique, Dœderlein place un bandage adhésif.

Pendant les jours qui suivent, la température s'élève jusqu'à

38 degrés ; il se produit un léger œdème des grandes lèvres qui diminue rapidement.

Guérison parfaite.

OBS. XXV. — Berry Hart (*Journ. of. obstet. and Gynecol. of the Brit. Empire*, 1903, p. 3).

Berry Hart cite le cas d'une femme à qui il fait une pubiotomie. Elle meurt trois jours après l'opération, des suites de la chloroformisation.

### Année 1904.

OBS. XXVI. — E. Ferroni (*Gynecologia*, 30 avril 1904 et *Cent. Bl. f. Gynækol.*, 10 septembre 1904).

III-pare, vingt-sept ans.

Premier accouchement : forceps et basiotripsie.

Deuxième accouchement : version ; enfant mort.

Pas de stigmates de rachitisme. Pouls normal. Présentation du sommet en O.I.D.P. ; tête mobile au détroit supérieur.

Rupture précoce des membranes.

Bassin plat : conj. vera : 7,85.

Le 4 février 1904, pubiotomie gauche, suivant la méthode exacte de Gigli. L'hémorragie, minime au moment de l'incision des parties molles, est plus abondante pendant la section osseuse ; cependant elle s'arrête facilement par le tamponnement. Un enfant de 3000 grammes est extrait au forceps. La plaie cutanée est fermée par des sutures superficielles et le bassin immobilisé avec une ceinture élastique.

A la fin de la première journée, il se forme un hématome de la grande lèvre gauche ; au bout de quatre jours, il est complètement disparu.

Le seizième jour, la ceinture élastique est enlevée.

Le dix-septième, la malade s'assoit.

Le vingt-quatrième, elle marche.

La cicatrice osseuse est à peine sensible par le vagin.

OBS. XXVII. — A. Doederlein (*Cent. Bl. f. Gynæk*, 22 octobre 1904. Obs. I).

IV-pare, trente ans.

Deux accouchements : basiotripsies.

Un accouchement : opération césarienne.

Bassin plat. Conj. vera : 7 cm. 7.

Le col est complètement dilaté, la poche des eaux intacte. La tête est mobile au détroit supérieur, en position gauche.

La grossesse est à terme.

Le 29 avril 1904, hébotomie sous-cutanée ; au passage de l'enfant, énorme (4.230 grammes), il se produit un écart considérable des os sectionnés. Il en résulte une déchirure du vagin communiquant avec la plaie de l'hébotomie ; cette plaie vaginale est suturée et un bandage adhésif placé autour du bassin.

Au cinquième jour commence la fièvre qui dure sept jours. La suture cède et on draine par la plaie vaginale.

Le reste des suites de couches est bon et le bassin se répare solidement.

*Nota.* — Doederlein pense que les deux cas mal-

heureux de Baumm (obs. XVII et XVIII) furent dus à pareille cause.

Pour prévenir ces accidents l'accoucheur propose de mettre une bande élastique autour du bassin pendant l'opération.

OBS. XXVIII. — A. Döderlein (*Cent. Bl. Gynæk*, 22 oct. 1904, obs. II).

VIII<sup>e</sup>-pare, quarante ans.

Premier accouchement : basiotripsie.

Deuxième accouchement : présentation du siège, enfant mort.

Troisième accouchement : spontané, enfant mort.

Quatrième accouchement : prématuré, enfant mort.

Cinquième accouchement : avortement.

Sixième accouchement : prématuré, enfant vivant.

Septième accouchement : basiotripsie.

Bassin généralement rétréci, conj. vera : 7 cm. 4.

La femme arrive en travail, elle est à terme. L'enfant se présente par l'épaule, le dos en avant.

Le 1<sup>er</sup> mai, hébotomie sous-cutanée. L'enfant est extrait vivant par version : il pèse 2.900 grammes.

Les suites de couches sont normales.

OBS. XXIX. — A. Döderlein (*Cent. Bl. f. Gynækol*, 22 octobre 1904, obs. III).

II<sup>e</sup>-pare, vingt-neuf ans.

Premier accouchement, spontané : enfant petit, mort.

Bassin généralement rétréci et aplati. Conj. vera, 7 centimètres.

La parturiente arrive en travail, la poche des eaux rompue ; sa grossesse est à terme.

Le 19 juillet on essaie d'extraire l'enfant par la version, mais l'enfant est immobilisé et la version impossible. On fait alors une hébotomie sous-cutanée, et une application de forceps au détroit supérieur, facile, extrait un enfant de 2.910 grammes.

Les suites de couches sont normales.

OBS. XXX. — A. Döderlein (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 22 octobre 1904, obs. IV).

VII<sup>e</sup>-pare, trente-cinq ans.

Premier accouchement, spontané : enfant vivant.

Deuxième accouchement : présentation de l'épaule, version, enfant mort.

Troisième et quatrième accouchements : enfants vivants.

Cinquième accouchement : présentation de l'épaule, enfant mort.

Sixième accouchement : Procidence du cordon, enfant mort.

Bassin plat, rachitique. Conj. vera : 8 cm. 2.

L'enfant, à terme, se présente par le siège décompleté en S.I.D.

La femme a un ventre en besace.

Le 23 juillet, pubiotomie sous-cutanée ; la section osseuse dure dix secondes. L'enfant est extrait vivant : il pèse 3.750 grammes.

Les suites de couches sont normales.

Obs. XXXI. — Van de Velde (*Cent. Bl. f. Gynaekol.*, 30 juillet 1904, obs. III).

VIII<sup>e</sup>-pare.

Premier et deuxième accouchements : forceps au détroit supérieur.

Quatre accouchements spontanés avec un enfant mort.

Un accouchement avec version et extraction.

Bassin rachitique aplati. Conj. diag. 9,75.

Le fœtus se présente par l'épaule, mais au début du travail, on fait la version par manœuvres externes; la présentation est changée et transformée en O.I.D.

Lorsque la dilatation atteint 6 centimètres, la poche des eaux est rompue : ils sort du méconium et il se produit une proci-dence du cordon.

Van de Velde fait une pubiotomie gauche sans anesthésier la parturiente ; le sang fait irruption en grande quantité, mais cette hémorragie cède à la compression.

On dilate le col à la Bonnaire et l'enfant est extrait par la version. Il naît légèrement asphyxique, mais il est bientôt ranimé. Il pèse 3.840 grammes. Bi-pariétal : 10.

On draine la plaie.

Les suites de couches sont normales; cependant la parturiente a dû être sondée les deux premiers jours. Au huitième jour, le cal est formé, pas trop volumineux.

*Nota.* — Si Van de Velde opère sans narcose, c'est qu'il est pressé, mais il ne le recommande pas. C'est à la suite de cette opération qu'il conseille de passer l'aiguille porte-fil par en bas pour éviter la blessure

du corps caverneux ; il pense aussi qu'il est inutile, comme le fait Dœderlein, de glisser le doigt comme conducteur derrière l'os ; il suffit, avec l'instrument conducteur, de raser la face postérieure du pubis.

OBS. XXXII. — Van de Velde (*Cent. Bl. f. Gynækol.*, 30 juillet 1904. Obs. IV).

I-pare, trente ans.

Bassin généralement rétréci et aplati. Conj. diag. 9 1/2.

L'enfant est à terme, en position O.I.G.P.

Après vingt-quatre heures de travail, la poche des eaux est rompue et la dilatation complète.

Au bout de vingt-sept heures, on fait une pubiotomie gauche : hémorragie faible ; il se fait un écart spontané de 3 ou 4 centimètres. La tête en s'engageant augmente l'écart ; il est alors de 5 centimètres. On fait une application de forceps et on exécute la rotation de la tête. Le périnée étant trop résistante, on fait l'épisiotomie. L'enfant extrait est légèrement asphyxique. Son bi-pariétal mesure 10 cm. 1/4.

Van de Velde ne rapproche pas exactement les deux surfaces osseuses sectionnées, il laisse intentionnellement un espace d'un travers de doigt entre les os afin de laisser le bassin élargi pour les grossesses ultérieures.

A part une bronchite grippale, la parturiente présente des suites de couches normales ; un cal se forme qui immobilise les fragments.

A cause de l'espace laissé entre les os, le bassin est désormais asymétrique ; la mensuration du pubis à l'épine iliaque donne comme résultat :

1° A droite, 17 centimètres.

2° A gauche, 19 centimètres.

Quatre mois après on radiographie le bassin. L'écart est de 1 cm. 5. Le cal est encore sensible, mais bientôt on ne remarque plus rien, sinon l'asymétrie.

OBS. XXXIII. — Van de Velde (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 30 juillet 1904. Obs. V).

II—pare.

Premier accouchement : forceps ; enfant vivant.

Deuxième accouchement : forceps, enfant mort.

Bassin généralement rétréci, rachitique et aplati. Conj. diag. 9, 1/4.

La femme se présente avec une grossesse gémellaire ; la dilatation est presque complète, la poche des eaux rompue. A l'examen manuel, on sent le premier fœtus se présentant par le siège.

On fait une hébotomie droite ; il ne se fait pas d'hémorragie notable ; on extrait le premier fœtus, vivant, par le siège : il pèse 3.100 grammes. Son diamètre bi-pariétal est de 9 1/2.

Après l'extraction du premier fœtus, il reste un écart de 2 centimètres. Le second fœtus est extrait, vivant, se présentant par l'épaule.

Il se produit une hémorragie *post partum* qui nécessite un tamponnement. La plaie est drainée.

Les suites de couches sont normales : la femme nourrit ses deux enfants. Au huitième jour il existe déjà un cal et la contrepression des ailes iliaques n'est pas douloureuse.

Le bassin est asymétrique : il mesure :

- 1° Distance ilio-pubienne droite : 15 cm. 1/2 ;
- 2° Distance ilio-pubienne gauche : 14 centimètres ;
- 3° Le diamètre transversal a gagné 1 centimètre.

Obs. XXXIV. — G. Léopold (*Cent. Bl. f. Gynækol.*, 19 nov. 1904, ob. I.)

II<sup>e</sup>-pare, vingt-quatre ans.

Premier accouchement : forceps. L'enfant meurt de convulsions au neuvième jour.

Bassin généralement rétréci et aplati. Conj. vera : 7 centimètres.

Le matin du 18 août, les douleurs commencent ; le soir, les battements du cœur foetal devenant faibles, on procède à l'opération.

Pubiotomie gauche à la Dœderlein. Il se fait un écart spontané de 1 doigt 1/2 ; à ce moment se produit une hémorragie assez abondante arrêtée par le tamponnement.

L'anneau de Bandl empêche la tête de passer dans le petit bassin : on crève alors la poche des eaux et on extrait le fœtus par version : il pèse 3.820 grammes. On suture les parties molles et on draine. Le bassin est soutenu par une ceinture.

Au vingt-deuxième jour, la guérison est complète, les os sont écartés de 1 travers de doigt, mais la réparation est solide.

A la radiographie, on voit un espace clair de 1 centimètre avec traînées osseuses au centre : c'est le cal.

Au vingt-neuvième jour, la parturiente marche.

Elle nourrit son enfant.

OBS. XXXV. — G. Léopold (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 19 novembre 1904, obs. II).

IV<sup>e</sup>-pare, trente-deux ans.

Les trois premiers enfants sont morts pendant les couches.

Bassin plat; généralement rétréci. Conj. vera : 8 cm.5.

La grossesse est à terme, l'enfant se présente en position O. I. D. A.

Le 21 septembre, à minuit, commencent les douleurs; la tête ne s'engage pas.

A 3 heures de l'après-midi, pubiotomie gauche, à la Dœderlein : dans cette opération, G. Léopold procède comme M. De Bovis. Il se produit une hémorragie assez abondante : l'écart est de 2 doigts. On fait la version et on extrait un fœtus de 3.980 grammes.

La plaie est drainée et le bassin entouré d'une ceinture.

Au dix-septième jour, la parturiente se lève. Au lieu et place de la fracture, on perçoit un petit cal encore sensible.

OBS. XXXVI. — G. Léopold. (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 19 nov. 1904, obs. III.)

I-pare, trente-deux ans.

Bassin plat, généralement rétréci. Conj. vera : 8 centimètres.

L'enfant est à terme et se présente en position O.I.G.

Après trente heures de travail la poche des eaux se rompt; la tête reste élevée et l'anneau de Bandl est très perceptible.

Le 25 septembre 1904, on fait la pubiotomie à la Dœderlein. La section osseuse dure trois quarts de minute.

Une hémorragie se fait, abondante, mais aussitôt arrêtée par compression. On extrait le fœtus au forceps, à cause de l'anneau de contraction ; il se fait un prolapsus du cordon qui est fortement comprimé. L'enfant, pesant 3.850 grammes, naît complètement asphyxique, il est ranimé, mais meurt bientôt après.

On ferme la plaie avec des sutures profondes et superficielles, puis on la draine.

Les suites de couches sont normales.

OBS. XXXVII. — G. Léopold (*Cent. Bl. f. Gynækol.*, 19 nov. 1904. Obs. IV).

I-pare, vingt-huit ans.

Bassin plat, généralement rétréci. Conj. vera : 7 cm. 5.

La parturiente présente de l'œdème des membres inférieurs : elle a de l'albumine dans les urines. Les membranes se rompent prématurément et donnent issue à du méconium.

Les douleurs sont faibles, la tête n'est pas engagée.

La malade a de légères attaques d'éclampsie.

Le 12 octobre, on fait une pubiotomie gauche, à la Döderlein : même méthode que M. de Bovis. La tête est engagée par pression. Une application de forceps extrait un enfant de 2.800 grammes, asphyxique : il est ranimé et se porte bien.

Les suites de couches sont normales. Plus d'éclampsie.

OBS. XXXVIII. — G. Léopold (*Cent. Blatt. f. Gynæk.*, 19 nov. 1904. Obs. V):

Parité non signalée.

Bassin plat, généralement rétréci. Conj. vera ?

Après dix-sept heures de travail, les douleurs sont de plus en plus vives et l'accouchement ne progresse pas.

La poche des eaux se rompt. L'anneau de Bandl se forme, très perceptible.

On fait une pubiotomie à la Dœderlein du côté droit, puis une application de forceps.

L'enfant naît asphyxié par deux circulaires situés autour du cou.

Les suites de couches sont normales.

### Année 1905.

Obs. XXXIX. — Hoffmeier (*Cent. Bl. f. f. Gynækol.*, 14 janvier 1905).

Parité ?

Bassin plat. Conj. vera : 8 centimètres.

Pubiotomie à la Dœderlein. L'accouchement est terminé par une application de forceps difficile parce qu'après l'opération l'écartement des deux fragments ne fut que de deux à trois centimètres.

L'enfant naît à demi-asphyxique : il est ranimé aisément : au front il a une blessure faite par le forceps ; il est bien portant.

Les suites de couches sont bonnes. Le quatorzième jour, l'opérée est présentée à la Société d'obstétrique.

OBS. XL. — Bar (Société d'obstétrique de Paris du 15 février 1905. *Presse médicale*, 22 février 1905, n° 15, p. 118).

Petite femme cyphotique.

Forceps infructueux.

Pubiotomie gauche facile ; pas d'hémorragie.

Extraction au forceps ; pour cela il est nécessaire d'écarter beaucoup les membres inférieurs. Les délabrements des parties molles sont considérables ; près de l'urèthre, la paroi antérieure du vagin est sectionnée, mais l'urèthre est intact ; il y a également section de la vulve ; il en résulte une incontinence d'urine absolue, mais pas de sphacèle secondaire.

La guérison se produit, mais sans cal osseux, avec des bourgeons charnus.

A la suite de cette opération, M. Bar se demande si l'opération de Gigli fait réellement disparaître les inconvénients de la symphyséotomie ; l'extraction est toujours aveugle ; la place osseuse risque de s'infecter ; enfin on n'est pas tout à fait à l'abri des déchirures de la vessie et de l'urèthre.

OBS. XLI. — Schauta (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 20 mars 1905. Obs. 1).

I-pare, vingt-trois ans.

Elle présente au cœur des lésions mitrales : elle a des urines albumineuses.

Bassin rachitique, généralement rétréci, conj. vera : 7 cm. 7.

L'enfant se présente par le sommet en position postérieure.

Malgré les douleurs vives, la tête reste élevée. L'enfant est vivant.

Pendant les préparatifs de l'intervention, la parturiente a une attaque d'éclampsie.

Le 29 novembre 1904, on fait une pubiotomie gauche : une légère hémorragie se produit, arrêtée rapidement par le tamponnement. On extrait ensuite un enfant vivant à l'aide d'une application de forceps au détroit supérieur.

Après l'opération, suture et drainage de la plaie.

Les suites de couches sont très favorables. Au quatorzième jour, la femme s'assoit sur le lit, elle remue les jambes et n'a aucune douleur.

Les deux os ne sont pas rapprochés complètement de façon à laisser un élargissement permanent du bassin.

OBS. XLII. — Schaüta (*Cent. Bl. f. Gynæk*, 20 mai 1905, obs. II).

IV<sup>e</sup>-pare, vingt-quatre ans,

Les accouchements précédents sont graves et pénibles : tous les enfants sont morts.

Bassin généralement rétréci. Conj. vera : 7 cm. 6.

Les douleurs commencent le 1<sup>er</sup> décembre ; au palper, on sent un enfant gros dont la tête proémine au-dessus du pubis. Le 2 décembre, après cinq heures de douleurs incessantes, et malgré les efforts de la mère, l'accouchement ne fait aucun progrès.

On fait la pubiotomie et on extrait un gros fœtus de 3550 gr.

Au douzième jour, la femme fait tous les mouvements avec ses jambes : c'est un succès éclatant comme le premier cas.

Obs. XLIII. — Porack (Société d'Obstétrique de Paris, 18 mai 1905. *Presse médicale*, 24 mai 1906, n° 41, p. 327).

Femme pseudo-achondroplasique.

Bassin très rétréci qui est très difficile à explorer, étant donné que la tête du fœtus, à terme, fait saillie dans le bassin, et que la femme est très grasse.

Après deux jours de travail, on fait l'opération de Gigli et on termine l'accouchement par une application de forceps.

On extrait un enfant vivant, mais on produit une déchirure sur toute la paroi du vagin, en face de la brèche osseuse.

L'auteur pense que la pubiotomie prédispose beaucoup aux déchirures du vagin, la protection osseuse faisant alors défaut d'un seul côté et sur une grande longueur.

Les suites de couches sont tout à fait normales, mais quatre-vingt-dix jours après l'accouchement, les fragments osseux ne sont réunis que par un pont fibreux, sans cal. Néanmoins la marche est excellente et aucun malaise n'est survenu.

Obs. XLIV. — Schauta (cité par Bürger. *Cent. Bl. f. gynæk.*, 8 juillet 1905. Obs. III).

III<sup>e</sup>-pare, vingt-huit ans.

Premier accouchement : spontané ; enfant de 2.000 grammes, mort.

Deuxième accouchement : version difficile ; enfant de 2.500 grammes, mort au bout de quelques mois.

Bassin rachitique. Conj. diag : 10 centimètres ; ce bassin est canaliculé et présente de faux promontoires.

L'enfant se présente par la tête en position droite. Après treize heures de contractions douloureuses et infructueuses, l'enfant étant vivant, on fait une pubiotomie droite. Il se produit une légère hémorragie arrêtée par le tamponnement, et en outre, deux petites fissures du vagin, à droite et à gauche.

L'enfant naît vivant ; il pèse 3.450 grammes : pendant son passage, l'écart des fragments est de 4 centimètres.

Au septième jour, la température s'élève à 39 degrés ; cette fièvre est causée par une rétention de pus, malgré le drainage de la plaie. Malgré cela, la femme quitte le lit le vingt-cinquième jour.

La radiographie montre un élargissement du bassin de 1 travers de doigt.

OBS. XLV. — Schauta (cité par Bürger. *Cent. Bl. f. Gynæk.*, 8 juillet 1905. Obs. IV).

IV<sup>e</sup>-pare, vingt-huit ans.

Les trois premiers enfants sont morts.

Bassin rachitique : Conj. diag. 10 cm. 8.

Le bassin mou est résistant et rétréci, comme le bassin osseux.

Le 28 février, après quelques heures de travail laborieux, les contractions s'arrêtent ; on fait une pubiotomie gauche ; l'os est sectionné en trente secondes. L'écoulement de sang est minime.

L'écart est de 2 travers de doigt. Après l'accouchement, sutures et drainage de la plaie ; l'opération entière dure vingt-cinq minutes. L'enfant naît vivant : il pèse 4.000 grammes.

Les suites de couches sont parfaites ; pas d'élévation de température. Au dix-neuvième jour, l'opérée quitte le lit et la radiographie démontre un écart permanent de 5 millimètres.

OBS. XLVI. — O. Küttner (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 8 juillet, n° 27).

Ve-pare, \* vingt-neuf ans.

Premier accouchement : enfant vivant.

Deuxième et troisième accouchements : spontanés, enfants morts.

Quatrième accouchement : basiotripsie.

Bassin plat. Conj. vera : 7 cm. 5.

La tête est à gauche ; elle est mobile et l'enfant vivant.

Le 29 novembre, la tête est fixée ; l'anneau de contraction est très sensible et l'accouchement spontané impossible : on donne le chloroforme, on dilate le col avec le dilatateur de Tarnier, et on essaie un forceps en position de Walcher : il reste infructueux. On fait alors une pubiotomie à la Van de Velde : en 15 ou 20 coups de scie, l'os est divisé.

L'enfant naît vivant, il pèse 3.440 grammes ; il porte sur son pariétal droit l'empreinte du promontoire de la mère. On suture le périoste et la plaie. L'opération a duré vingt-cinq minutes.

Au quatorzième jour le cal est perceptible. Peu de temps après la femme quitte la clinique avec son enfant qui pèse 4.670 grammes.

OBS. XLVII. — O. Küttner (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 8 juillet 1905, n° 27).

IIIe-pare, vingt-six ans.

Premier accouchement : forceps.

Deuxième accouchement : version ; ils sont tous deux très douloureux et les deux fois, l'enfant est mort le premier jour.

Bassin plat : conj. vera : 7 cm. 5.

L'enfant a perdu du méconium : les battements de cœur sont irréguliers : ce sont des indications exactes de faire une intervention rapide.

L'enfant se présente par le sommet en avant : après que la femme est endormie au chloroforme, on fait une application de forceps en position de Walcher : pas de résultat.

On fait alors une pubiotomie, il se produit une légère hémorragie. Un enfant de 3.810 grammes est extrait vivant avec l'aide du forceps.

On fait ensuite des sutures cutanéopériostiques.

Au dix-neuvième jour, la femme a une température de 40°1 causée par une phlébite.

Au soixante-sixième jour la guérison est complète avec une consolidation parfaite du bassin.

OBS. XLVIII. — Kannegiesser (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 29 juillet 1905, obs. IX).

II<sup>e</sup>-pare, vingt-trois ans.

Le premier enfant est vivant, mais l'accouchement a été très pénible.

Bassin plat. Conj. vera : 7 centimètres.

L'enfant est gros.

La pubiotomie faite le 26 janvier 1905 a fort bien réussi l'enfant est vivant et au bout de douze jours la femme quitte le lit.

OBS. XLIX. — Kannegiesser (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 29 juillet 1905, obs. X).

II-pare, vingt-sept ans.

Premier accouchement terminé par une basiotripsie.

Bassin rachitique. Conj. vera : 7 centimètres  $1/4$ .

L'enfant est gros et a une grosse extrémité céphalique.

Après dix-neuf heures de douleurs vaines, on fait, le 3 février, une pubiotomie et, à l'aide du forceps, on extrait un enfant de 3.060 grammes qui se porte bien.

Suites de couches compliquées d'une phlébite commençant au treizième jour par un œdème de la jambe du côté opéré avec fièvre.

OBS. L. — Montgomery-Quincy (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 29 juillet).

Bassin normal. Conj. vera : 11 centimètres.

L'opération est indiquée à cause d'une présentation de la face tournée en arrière.

L'opérateur fait ce qu'il appelle une « symphyséotomie extra-médiane », et termine l'accouchement par une application de forceps ; il extrait un enfant vivant, un peu cyanosé, mais aisément ranimé. Il meurt cependant au bout de trente minutes.

Les suites de couches se passent sans accident ni complication. Au vingt-huitième jour la femme, complètement guérie, quitte la clinique.

Obs. LI. — Kannegiesser (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 2 septembre 1905. Obs. VI).

II-pare, vingt-quatre ans.

Premier accouchement terminé par une basiotripsie.

Bassin généralement rétréci et plat. Conj. vera : 7 cm. 1/4.

Le gonocoque occupe tout le vagin et l'urèthre ; donc les conditions pour l'opération ne sont pas favorables.

On fait cependant une pubiotomie et on extrait un enfant vivant pesant 3.150 grammes et que l'on emporte de la clinique treize jours après.

Au septième jour, la température s'élève à 40°1 et les pulsations du pouls sont de 116 à la minute ; cette fièvre est due à l'infection du vagin et du petit bassin, causée par le gonocoque. Trois semaines après, cette fièvre cesse et tout rentre dans l'ordre. La blessure s'est réunie par seconde intention.

Obs. LII. — Kannegiesser (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 2 septembre 1905. Obs. VII).

IV-pare, trente ans.

Premier accouchement : perforation du crâne et version.

Deuxième et troisième accouchements : enfants vivants extraits par version. Le passage de la tête est très difficile.

Bassin plat. Conj. vera : 7,5.

Température de la parturiente : 38 degrés.

Après vingt-sept heures de travail infructueux, l'accouchement spontané paraît impossible : on essaie une version et on obtient un échec.

On fait une hébotomie gauche terminée par une application de forceps : on extrait un enfant vivant de 3.300 grammes.

Il se produit pendant les suites de couches un léger œdème de la jambe gauche qui disparaît sans complication.

OBS. LIII. — Kannegiesser (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 2 septembre 1905, obs. VIII).

III-pare, vingt-sept ans.

Les deux premiers enfants sont vivants, mais petits et ont été extraits difficilement à l'aide du forceps.

Bassin plat, généralement rétréci. Conj. vera : 7.

Il y a une grande différence de rapport entre la grosseur de la tête et l'étroitesse du bassin. De plus, cette tête est « extraordinairement » ossifiée.

On fait une hébotomie terminée par une version : on extrait un enfant de 3.030 grammes légèrement asphyxique, mais rapidement ranimé. Il meurt le deuxième jour.

Pendant deux jours, la température est de 39°2 ; il y a un écoulement de lochies un peu putrides. Après ces deux jours, la température devient normale et la femme quitte la clinique la troisième semaine.

*Nota.* — Après ces observations, l'opérateur conclut que les résultats de l'hébotomie sont, pour la mère et pour l'enfant, meilleurs que ceux de la symphyséotomie.

OBS. LIV. — Hoffmeier (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 16 septembre 1905).

Hoffmeier rapporte un cas d'hébotomie qu'il a pratiquée suivant la méthode de Doederlein. La section osseuse fut rapide, l'écartement des os facile et le forceps fut appliqué sans difficulté.

Les suites de couches furent rapides et parfaites.

OBS. LV. — Seeligmann. (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 7 octobre 1905).

II-pare, vingt-six ans.

Premier accouchement terminé par une embryotomie.

Bassin rachitique. Conj. vera : 7,5.

Dans la nuit du 22 au 23 septembre, les douleurs commencent ; la tête n'est pas engagée, les battements du cœur fœtal sont normaux. Le 23, l'accouchement n'a fait aucun progrès ; le cœur devient irrégulier, les bruits sourds. A 11 h. 1/2 on essaie une version, l'anneau de contraction l'empêche ; on fait une application de forceps, elle reste infructueuse.

On laisse alors le forceps en place, on fait une pubiotomie droite et on extrait facilement un gros garçon de 4.500 grammes légèrement asphyxique : il est vite ranimé. La circonférence de sa tête mesure 38 centimètres.

Les suites de couches sont parfaites. Au dix-huitième jour, la guérison est complète. Au vingt-deuxième jour, on fait une radiographie : on n'aperçoit plus qu'une petite trace de cal.

OBS. LVI. — Hohlweg (*Cent. Bl. f. Gynæk.* 21 octobre 1905).

II-pare, vingt-cinq ans.

Premier accouchement : spon'ané, enfant vivant de 2.000 gr.

Bassin généralement rétréci. Conj. diag. 10,4.

L'enfant se présente par le sommet ; la tête est mobile au détroit supérieur. Le 4 janvier 1905, on sent le front à droite de la symphyse. La température de la femme est de 36°8, son pouls bat à 80 ; le cœur fœtal est régulier.

Une version et une application de forceps restent infructueuses.

Le 4 janvier, on fait une pubiotomie droite : il se produit un écart de 6 à 7 centimètres. Le forceps appliqué normalement fait descendre la tête jusqu'au périnée et extrait un enfant de 4.250 grammes (Bi-pariétal : 10 cm.), asphyxique et qui est ranimé au bout de vingt minutes.

Pendant l'opération il se produit une hémorragie et une déchirure de la grande lèvre droite, longue de 6 centimètres.

La température est de 38 degrés. Le 31 janvier, c'est-à-dire au vingt-septième jour, l'opérée quitte la clinique complètement guérie.

Le 24 août, à l'examen du bassin, on trouve un cal épais ; depuis longtemps la femme a repris tout travail.

OBS. LVII. — Hohlweg (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 21 octobre 1905).

II<sup>e</sup>-pare, vingt-sept ans.

Premier accouchement terminé par une embryotomie.

Bassin plat rachitique. Conj. diag. 9 cm. 2.

Tête au-dessus du détroit supérieur en O. I. G. A.

Le 13 mars 1905, la femme étant endormie au chloroforme-éther, on fait une pubiotomie droite : l'incision est longue de 5 centimètres, la section osseuse est facile et rapide. Par la version, on extrait un enfant de 3.420 grammes (Bi-pariétal 9 cm. 4) Pendant toute la durée de l'opération, deux assistants font la contre-pression de chaque côté du bassin, une sonde à demeure est jugée inutile.

Une demi-heure après l'extraction du fœtus, on fait l'expression du placenta à la Crédé.

La plaie est recouverte de collodion iodoformé.

Le 23 avril, il se forme un léger hématome ; le reste des suites de couches est normal.

OBS. LVIII. — Hohlweg (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 21 octobre 1905).

I-pare, vingt ans.

Bassin plat, généralement rétréci. Cong. diag : 9 cm. 4.

Le fœtus se présente en O. I. G. A. ; on sent la petite fontanelle à droite ; le cœur est régulier.

Le vagin de la parturiente est très étroit.

Le 4 juin, à 9 heures du matin, il s'écoule du méconium : le fœtus souffre, il faut intervenir. La température est de 37°5.

A 11 heures, on fait une pubiotomie gauche. L'hémorragie qui se produit est arrêtée par une légère compression. On fait une application de forceps et on extrait un enfant de 3.660 grammes (Bi-pariétal : 9 cm. 2).

Les jours qui suivent, la femme a une bronchite et un peu

de fièvre ; par un point de l'incision cutanée il sort du pus en quantité minime. Au bout de peu de jours, la guérison est complète et le 11 juillet, la femme quitte la clinique parfaitement rétablie : le cal n'est pas palpable.

OBS. LIX. — Hohlweg (*Cent. Bl. f. Gynæk*, 21 octobre 1905).

I-pare, trente-huit ans.

Elle ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents : elle paraît rachitique.

Bassin plat. Conj. diag. : 9 cm. 3.

L'enfant se présente par le sommet en O. I. G. A. La tête est mobile et le col légèrement entr'ouvert.

13 juin. — La dilatation ressemble à une pièce de 5 francs, mais l'accouchement fait peu de progrès.

18 juin. — On fait une pubiotomie : elle est facile et rapide ; une faible hémorragie est arrêtée aisément par le tamponnement : à l'aide du forceps, on extrait un enfant légèrement asphyxique.

Mais il se produit une hémorragie *post partum* assez abondante pour nécessiter la délivrance artificielle : on fait ensuite deux injections intra-utérines et l'hémorragie cesse.

Les premiers jours qui suivent cette intervention, la femme présente un peu de météorisme de l'abdomen avec une température plus élevée que normalement. La fièvre augmente et la température est de 39°5 le 21 juin. Pouls : 160. Le 22 juin une péritonite aiguë grave est déclarée : la femme meurt.

A l'autopsie on trouve une infiltration des tissus : des cultures et des recherches bactériologiques permettent de reconnaître

que cette péritonite est due à une infection coli-bacillaire d'origine utérine.

Obs. LX. — K. Reifferschied (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 21 octobre 1905).

II-pare, trente-cinq ans.

Au premier accouchement, on extrait à l'aide du forceps un enfant qui meurt au bout d'une demi-heure.

Bassin plat. Conj diag. : 9 cm. 5.

Le fœtus se présente par le sommet en première position (O.I.G.A.). La tête est mobile et la dilatation égale à 2 travers de doigt.

20 mai. — La tête est engagée. On fait une pubiotomie gauche ; l'os est coupé facilement : une légère hémorragie est arrêtée par la compression. Pendant le passage de la tête, l'écart est de 2 à 3 centimètres.

Au bout de cinq minutes se produit une hémorragie utérine qui cesse après l'expression du placenta : il n'y a aucune complication ni aucune déchirure. On place une sonde à demeure.

Suites de couches : Température 37°9.

Pendant les trois premiers jours, l'urine est légèrement sanguinolente. Au troisième jour, la sonde est enlevée.

L'incision se réunit par première intention.

Au quatorzième jour, la femme se lève.

Obs. LXI. — K. Reifferschied (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 21 octobre 1905).

II-pare, vingt-huit ans.

Le premier accouchement est terminé par une application de forceps ; l'enfant est vivant.

Bassin plat. Conj. diag. : 11 cm. 3.

L'enfant se présente par le sommet en première position (O. I. G. A.). La tête est mobile. Le 7 juin, malgré des douleurs longues et vives qui surviennent toutes les trois minutes, la tête ne progresse pas.

On fait une pubiotomie gauche : une hémorragie légère est arrêtée par la compression. Un enfant de 3.600 grammes naît vivant.

Pendant son passage, l'écart des fragments est de 2 à 3 centimètres.

Trente minutes après, on fait l'expression du placenta à la Crédé.

L'urine est claire, non sanglante.

Au premier jour, la température est de 36°8. Le deuxième jour, 38°5 ; le troisième jour, 37°9 ; le quatrième jour, 38°5. Le cinquième jour, 38°1. Cette fièvre est due aux lochies qui s'écoulent un peu troubles : on fait des injections de lysol. Au bout de quinze jours, la femme se lève et au vingt-huitième jour, la guérison est complète.

OBS. LXII. — K. Reifferschied (*Centr. Blatt. f. Gynæk.*, 21 octobre 1903.

I-pare, trente et un ans.

Bassin plat, conj. diag. : 8 cm. 5. Le conj. vera est donc très petit : environ 7 centimètres.

Cette femme vient à la clinique parce que son médecin, voyant

un tel rétrécissement, pense qu'il faudra faire une opération césarienne.

Le fœtus se présente par le sommet : il est en première position. Les bruits du cœur sont normaux. La tête est mobile au dessus du détroit supérieur. A son arrivée la femme à une température de 37 degrés.

Elle est épuisée par des douleurs excessives et répétées. On fait alors une pubiotomie gauche : l'écart spontané est de 1 centimètre. Pour prévenir les déchirures du périnée, on pratique une épisiotomie gauche ; pendant l'opération, il ne se produit pas d'hémorragie. On extrait au forceps un enfant vivant : pendant cette extraction l'écart est de 5 à 6 centimètres. On suture et on draine la plaie.

Une demi heure après on délivre la parturiente en suivant la méthode par expression de Crédé. Sondée aussitôt, on retire une urine claire et non sanglante.

Les suites de couches sont très bonnes. La plus haute température est 37.5. Le drain est enlevé le troisième jour : il ne s'est pas formé d'hématome.

Le troisième jour, le bassin est bougé sans inconvénient. La plaie s'est réunie *per primam*.

Le dix neuvième jour, l'opérée sort de la clinique complètement guérie avec un enfant bien portant : le cal a 1 centimètre d'épaisseur.

Obs. LXIII. — K. Reifferschied (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 21 oct. 1905).

II-pare, trente-six ans.

Le premier accouchement est terminé à l'aide du forceps : enfant mort.

Bassin plat. Conj. vera. 7 cm. 1/4.

Entrée à la clinique le 27 septembre.

L'enfant se présente par le sommet en première position : les bruits du cœur sont sourds et irréguliers : 120 à 170 à la minute. On ne sent pas de fontanelle ; on s'aperçoit bientôt qu'il perd son méconium. La température de la femme est de 37°3.

Inquiet sur le sort de l'enfant et de peur d'infection utérine, on fait une pubiotomie gauche : il ne se produit aucun écoulement sanguin pendant la section ; au passage de la tête les fragments s'écartent de 4 à 5 centimètres ; de crainte de voir se faire une déchirure des parties molles, on pratique une épisiotomie. L'enfant naît légèrement asphyxique ; il pèse 3050 gr. (Bi-pariétal : 8 cm. 5).

Trente minutes après, délivrance à la Crédé : pas de complication, pas d'hémorragie.

Les suites de couches se passent sans fièvre et sans douleur, il se fait une involution normale des organes génitaux.

A la sortie de l'opérée, on ne sent plus de cal. L'enfant est très bien portant.

OBS. LXIV. — Baumm (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 18 novembre 1905).

Baumm rapporte le cas d'une femme qu'il a opérée trois semaines auparavant suivant la méthode de Döderlein. L'opération et l'accouchement se passent très bien, sans déchirure des parties molles. La femme a encore un peu de fièvre quoique la plaie soit guérie *per primam*. La section osseuse, elle, n'est

pas encore réparée : on ne sent pas de cal et les os peuvent encore se déplacer.

Küttner pense que ce défaut de soudure osseuse tient à une mauvaise méthode opératoire : le fragment symphyséo-pubien est trop peu volumineux et, partant, n'est pas assez nourri.

OBS. LXV-LXVI. — Macé (*Presse médicale*, 22 novembre 1905, n° 5).

Il rapporte le cas de deux opérées (Société obstétricale de Paris) : les résultats de son opération sont merveilleux pour la mère et pour l'enfant.

A la suite de cette communication, M. Macé conclut avec les auteurs qui ont déjà pratiqué des opérations de Gigli, que cette intervention est très simple et très satisfaisante au point de vue des suites de couches.

OBS. LXVII et LXVIII. — Von Franqué (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 25 novembre 1905).

Dans le *Central-Blatt* du 25 novembre, on lit que M. Von Franqué rapporte dans le *Prager med. Wochenschrift*, 1905, n° 5, deux cas d'hébotomie qui se sont terminés d'une façon très avantageuse pour les deux mères et pour les deux enfants.

Dans le premier cas l'enfant pesait 4.751 grammes.

Dans le deuxième cas, il pesait 3.520 grammes.

L'une et l'autre opérée ont eu des suites de couches et une guérison parfaites.

OBS. LXIX, LXX et LXXI. — Van de Velde (*Cent. Bl. f. Gynæk.*, 25 novembre 1905).

Cet auteur rapporte trois cas de pubiotomie pratiquées chez une I-pare, une II-pare et une III-pare, toutes trois rachitiques avec bassin plat : le conj. vera mesurait de 9 cm. 25 à 9 cm. 75.

Après la section osseuse, l'écartement fut chez ces opérées de 2 à 5 centimètres : au huitième jour, la section osseuse était presque réparée complètement.

Dans les trois cas, le bassin garda un élargissement permanent de 1 cm. 1/2 et par suite demeura légèrement asymétrique.

Les suites de couches furent normales et la guérison complète.

OBS. LXXII. — Durhssen (Société obstétricale de Berlin du 15 novembre 1905, cité dans la *Presse médicale*, 6 décembre 1905, n° 98).

### III-pare.

Les deux premiers accouchements sont terminés par la craniotomie. Le rétrécissement du bassin est fort prononcé.

En pratiquant l'opération de Gigli, on peut extraire un enfant vivant, à terme, par les voies naturelles, à l'aide de la version.

Quinze jours après, la malade se lève et marche.

OBS. LXXIII. — G.-R. Bümm (cité par W. Stoeckel. *Cent. Bl. f. Gynæk.*, 20 janvier 1906).

I-pare.

Bassin rétréci. Conj. vera : 8.

L'enfant se présente par le sommet tourné en arrière. La tête est mobile.

On fait une pubiotomie gauche à la Döderlein. Une fille bien portante est extraite au forceps. Une hémorragie faible est facilement arrêtée par la compression.

L'enfant pèse 3.180 grammes.

Les suites de couches sont normales. Le premier jour seulement, les urines sont légèrement teintées de sang.

OBS. LXXIV. — G.-R. Bümm (cité par W. Stoeckel. *Cent. Bl. f. Gynæk.*, 20 janvier 1906).

I-pare.

Rachitique ; les jambes ont la forme de parenthèses ; à la cuisse gauche on remarque une cicatrice provenant d'abcès osseux. Elle vient à la clinique à cause de l'étroitesse de son bassin pour être accouchée prématurément.

Bassin plat. Conj. vera : 7.

On dilate le col avec le dilatateur de Bossi et on fait cinq à six injections vaginales : puis on fait une hébotomie gauche, à la Döderlein : le dégagement des bras est difficile, celui de la tête plus difficile encore. On tire enfin un enfant asphyxique dont le cœur bat régulièrement : cependant on essaie en vain

de le ranimer : il a un renforcement profond du crâne et une luxation de la colonne vertébrale.

Les suites de couches sont normales.

OBS. LXXV. — Døederlein (*Cent. Bl. für Gynæk.*, 20 janvier 1906).

II—pare, vingt-neuf ans.

Premier accouchement : après deux applications de forceps infructueuses, on est obligé de terminer l'accouchement par une embryotomie.

Bassin généralement rétréci et aplati. Conj. vera : 8.

La femme désire un enfant vivant et pour cela est prête à tout subir : le col est dilaté comme la paume de la main ; la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

M. Døederlein pratique une hébotomie « prophylactique », suivant sa méthode : pour cela la femme a été légèrement endormie ; à son réveil, les douleurs sont vives et six heures après elle accouche spontanément d'un enfant vivant et bien portant pesant 3600 grammes.

Aussitôt son opération, la parturiente était restée sur le lit de travail, les jambes libres et légèrement ployées : une ceinture élastique entourait son bassin : trois heures après, la tête ne s'engageait pas encore. On pensa alors que ce retard pouvait être dû à la ceinture ; on la desserra, l'incision bâilla de trois travers de doigt et la tête s'engagea.

Suites de couches normales.

## CONCLUSIONS

1° La « section latérale du pubis », encore appelée « opération de Gigli », « pubiotomie », « hébotomie », est une opération qui a pour but d'élargir momentanément le bassin en sectionnant la ceinture pelvienne sur un côté de la symphyse : c'est une ostéotomie juxta-symphysienne.

2° Tentée autrefois par différents opérateurs : Aitken (1775), Champion de Bar-le-Duc (1821), Stolz (1844), elle aboutit toujours à l'insuccès par défaut de méthode et manque d'instrumentation : en 1894, M. Gigli donne une technique de cette opération et invente la scie-fil ; depuis ce temps, elle est couronnée de succès.

3° Elle peut être pratiquée à « ciel ouvert » ou par la voie sous-cutanée, à la façon de Dœderlein ; la section osseuse peut être oblique de haut en bas et de dedans en dehors, partant de la symphyse pour aboutir au tubercule sous-pubien (incision de Gigli) ; ou bien, être oblique de haut en bas et de dehors en dedans, partant de l'épine du pubis pour aboutir au tubercule sous-pubien (incision de Van de Velde).

4° A notre avis, on doit préférer une incision intermédiaire, semblable à celle de M. Calderini, pratiquée par voie sous-cutanée.

5° Les résultats de cette opération sont excellents ; on peut obtenir un écart de 6 à 7 centimètres entre les fragments sans crainte d'accidents. On a pu opé-

rer des bassins rétrécis à diamètre promonto-pubien minimum de 6 centimètres à 6 cm. 5 avec un succès éclatant ; la limite de rétrécissement nous paraît cependant être de 6 cm. 55, comme pour la symphyséotomie.

6° Les accidents de l'opération sont minimes et ne troublent en rien les fonctions de l'organisme : hémorragies légères, déchirures des parties molles rares et bénignes, pas de troubles urinaires, fonction locomotrice sans entrave.

7° Enfin la « section latérale du pubis » présente de nombreux avantages sur la symphyséotomie :

- a) Elle est plus facile ;
- b) Elle présente plus de sécurité ;
- c) La consolidation est plus rapide ;
- d) Le cal osseux est plus solide que la réparation fibreuse de la symphyse ;
- e) Les dangers d'infection sont moindres ;
- f) Les résultats immédiats et tardifs sont plus favorables ;

g) Enfin la mortalité est moins élevée ; la dernière statistique de la symphyséotomie donne une mortalité moyenne de 6,71 0/0, tandis que notre statistique de la pubiotomie basée sur 114 interventions, donne une mortalité moyenne de 1,75 0/0.

---

Vu : le Président de la thèse :

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

- BAUMM. — Beitrag zur Pubiotomie nach Gigli (Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynækol., mai 1903).
- Pubiotomie (Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynækol., octobre 1905).
- BERRY-HART. — Journal of obstetrics a. Gynecology of the British Empire, 1903, p. 3.
- Cité par M. Gigli, in I primi 15 casi del taglio lateralizzato del pube (Ann. di ostet. e ginecol., mai 1904).
- BONARDI. — Taglio lateralizzato del pube col filo-sega Gigli (Ann. di ostet. e ginecol., janvier 1898).
- BUMM. — Cité par Stoeckel, Symphyseotomie oder Pubiotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 20 janvier 1906).
- CALDERINI. — Cité par Gardini. Il secondo caso de pubiotomia col filo-sega Gigli (Ann. di ostet. e ginecol., juin 1900).
- CAUVENBERGHE. — Elargissement du bassin par la pubiotomie (L'Obstétrique, 1905, n° 1).
- DE BOVIS. — De l'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli. Semaine médicale, 21 décembre 1904).
- DÖDERLEIN. — Ueber alte und neue beckenerweiternde operationen (Arch. für Gynækol., 1904. Volume LXXII).
- Wertere Erfahrung und Verbesserungen der subkutanen Hebotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 22 octobre 1904).
- Zur Hebotomiefrage (Cent. Bl. f. Gynæk., 20 janvier 1906).
- FERRARI. — Considerazioni sulla mia prima operazione del taglio lateralizzato (Boll. della. soc. toscana di ostet. e ginecol., avril-mai 1903).
- FERRONI. — Per la casistica del taglio lateralizzato del pube (La Ginecologia, 30 avril 1904).
- Beitrag zum Lateralschnitt des Beckens nach Gigli. (Cent. Bl. f. Gynæk., 10 septembre 1904).
- GIGLI (L.). — Taglio lateralizzato del pube; suoi vantaggi, sua tecnica (Ann. di ostet. e ginecol., octobre 1894).

- GIGLI. Taglio lateralizzato del pube ; considerazioni cliniche. (Boll. della Soc. toscana, mai 1902).
- Taglio lateralizzato del pube. Congrès de Rome, 20 septembre 1902. Société italienne d'Obstétrique et de gynécologie. Extrait, octobre 1903.
- Pubiotomia alla « Baumm ». Archives italiennes de gynécologie, 31 décembre 1903.
- I primi 15 casi di taglio lateralizzato del pube (Ann. di ostet. e ginecol., mai 1904).
- Meine Technik des Lateralschnittes (Cent. Bl. f. Gynæk., 19 novembre 1904).
- Société d'obstétrique de Paris. Communication des 19 février 1903 et 15 décembre 1904. Presse médicale, 1905, n° 4.
- La section latérale du pubis appréciée après les résultats fournis par 90 interventions (Presse médicale, 27 mai 1905).
- GUICCIARDI (G.). — Il terzo caso di taglio lateralizzato nella maternità de Firenze (Boll. della Soc. toscana, avril-mai 1903).
- HAMMER. — Kasuistischer Beitrag zur Hebomotomie (Münch., med. Wochenschrift, 16 mai 1905).
- HOHLWEG. — Vier Fælle von Pubiotomie (Cent. Bl. f. gynæk., 21 octobre 1905).
- JORAND. — Thèse de Paris, 1896.
- KANNEGIESSIER. — Beitrag zur Hebomotomie (Cent. Bl. f. gynæk., 29 juillet 1905).
- KEHRER. — Symphyseotomie und Pubiotomie (Monatssch. f., Geburtsh. u. gynækol., mars 1905).
- KUTTNER. — Zwei Fælle von Pubiotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 8 juillet 1905).
- LACOUR. — Thèse de Paris, 1844.
- LÉOPOLD. — Zùr Hebomotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 19 novembre 1904).
- MEURER. — Fwee gevallen von snelle rekking ééne von het ondeste reteras segment. Schaamtunnede in hetsoh nederl (Fizdschrift vror Genuskunde, 1903, n° 23).
- MEYER. — Ein Fall von Lateralschnitt durch das os pubis nach Gigli (Cent. Bl. f. Gynæk., 28 mars 1903).
- MURAT. — Dictionnaire des Sciences médicales, 1821 (Article « Symphyséotomie »).
- PESTALOZZA. — Due casi di taglio lateralizzato del pube (Boll. della soc. toscana, août 1902).
- Cent. Bl. f. Gynæk., 24 janvier 1903.
- REEB. — Erfahrungen ueber Klinik und Technik der Pubioto-

- mie (Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynækol., octobre 1905).
- REIFFENSCHIED. — Zur Pubiotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 21 octobre 1905).
- ROSENFELD. — Ueber die Art der Beckenerweiterung bei der Pubiotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 20 janvier 1906).
- ROSTER. — Un caso di taglio lateralizzato nella pratica (Boll. della Soc. toscana, juillet 1903).
- SALADINO. — Il secondo taglio lateralizzato del pube nella Clinica Obstetrica di Siena (Boll. della Soc. toscana, novembre-décembre 1902).
- SCARLINI. — Il primo taglio lateralizzato del pube nella Clinica Obstetrica di Siena (Boll. della Soc. toscana, novembre-décembre 1902).
- SCHAUTA. — Cité par Bürger. Zur Pubiotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 8 juillet 1905).
- TANDLER. — Zur Anatomie des Lateralschnittes (Cent. Bl. f. Gynæk., 15 juillet 1905).
- Zur Anatomie und Technik des Lateralschnittes (Cent. Bl. f. Gynæk., 20 janvier 1906).
- TOPORSKI. — Cité par G. Arnt. Ein Fall von Pubiotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 5 décembre 1903).
- VAN DE VELDE. — Die Hebomotomie (Cent. Bl. f. Gynæk., 13 septembre 1902).
- Cent. Bl. f. Gynæk., 30 juillet 1904.
- Hebomotomie met blijvende verwigding van het bekken, (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 30 mai 1903).
- Hebomotomie mit bleibender Erweiterung des Beckens. (Wiener Klin. Wochenschrift, 1903, n° 29).
- Semaine médicale, 1903, page 307.
- VON O FRANQUÉ. — Schambeinschnitt nach Gigli (Prag. med. Wochenschrift, 2 et 9 février 1905).
- Zur Indication des Schambeinschnittes nach Gigli. (Münch. Med. Wochenschrift, 7 mars 1905).